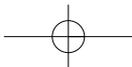
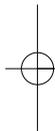


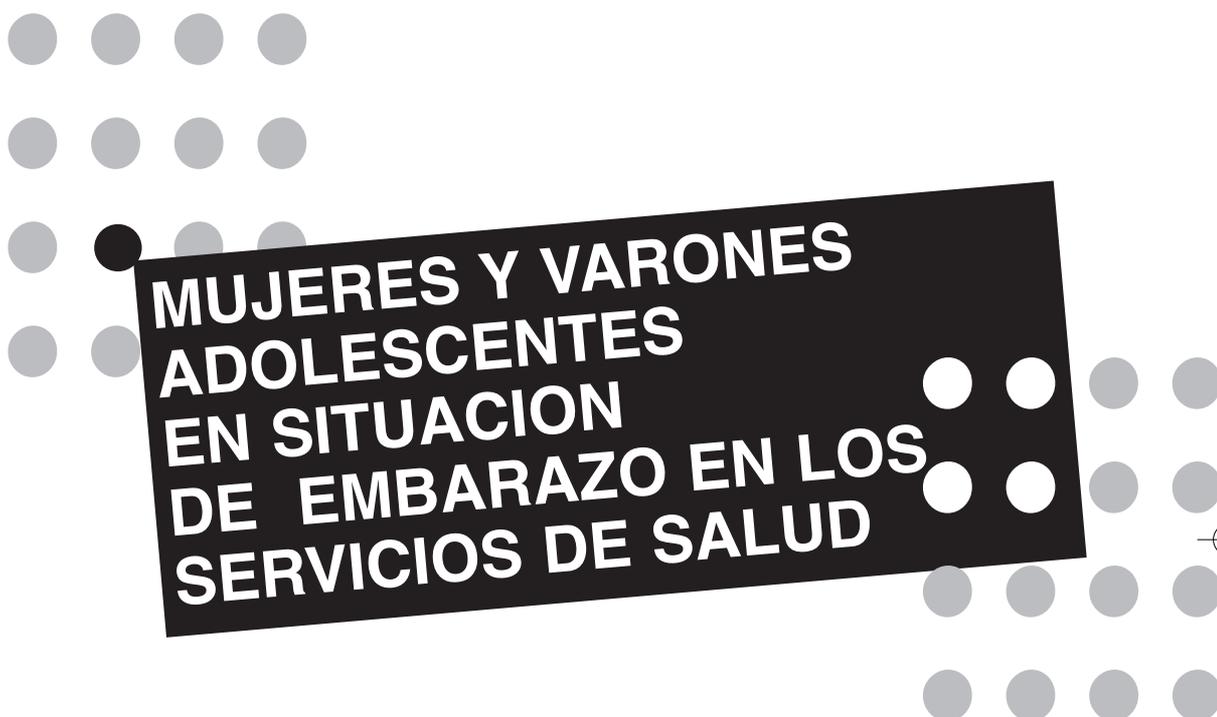
© Lic. Ps. Leticia Benedet / Lic. Ps. Valeria Ramos

Primera edición: junio del año 2009

Corrección de textos: Susana Rovella.
Diseño: Maca

Impresión: Tradinco. D.L.: 349,894



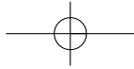


**MUJERES Y VARONES
ADOLESCENTES
EN SITUACION
DE EMBARAZO EN LOS
SERVICIOS DE SALUD**

Lic. Ps. Leticia Benedet/Lic. Ps. Valeria Ramos

Con el apoyo de la Psic. Alejandra López Gómez

MONTEVIDEO, 2009

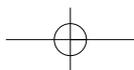


La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.



Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género

Facultad de Psicología - Universidad de la República
Tristán Nravaja 1674 CP 11200, Montevideo, Uruguay.
Teléfono: 400 85 55 interno 236.
E-mail: sexrep@psico.edu.uy
Web: www.psico.edu.uy/acadrmic/sexrep.htm

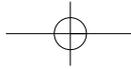


AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a:

- Las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de la Intendencia Municipal de Montevideo
- Los equipos de salud de la Policlínica de la Cruz de Carrasco, Parque Bellán y Hospital Pereira Rossell
- Las y los adolescentes entrevistadas/ os usuarias/os de los servicios de salud
- La Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República

sin cuya colaboración no hubiera sido posible realizar esta investigación.

**Lic. Leticia Benedet**

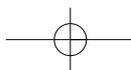
Licenciada en Psicología egresada de la Facultad de Psicología - Universidad de la República (UdelaR). Diplomada en Género y Políticas Públicas - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Especializada en salud sexual y reproductiva, sexualidad y género. Integrante de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología - UdelaR. Integrante del equipo de asesoras de la dirección del Instituto Nacional de las Mujeres, organismo rector de las políticas públicas de género perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social. Delegada por dicho instituto a la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública. Docente e investigadora en salud sexual y reproductiva, sexualidad y género. Co Autora de publicaciones y trabajos en estas temáticas.

Lic. Valeria Ramos Brum

Licenciada en Psicología egresada de la Facultad de Psicología - Universidad de la República (UdelaR). Diplomada en Género y Políticas Públicas - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Especializada en salud sexual y reproductiva y sexualidad. Integrante de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología - UdelaR, del Grupo de Estudios de Género de Facultad de Psicología y delegada de dicha Facultad en la Red Temática de Estudios de Género de la UdelaR. Docente del Centro de Formación y Estudios del INAU. Consultora en salud sexual y reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas y del Ministerio de Salud Pública. Integró el equipo de dirección de la ONG Espacio Salud y el Área Sexualidad y Género de la ONG Gurises Unidos. Autora de publicaciones y trabajos en estas temáticas.

Alejandra López Gómez

Psicóloga egresada de Facultad de Psicología - Universidad de la República (UdelaR). Prof. Adj. Coordinadora de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología - UdelaR. Experta en género, salud y derechos sexuales y reproductivos. Investigadora y docente en estas temáticas. Directora ejecutiva de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay). Integrante del Foundation Council del Global Forum for Health Research. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores (SIN, ANIII) desde 2009. Integrante de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública. Cuenta con diversas publicaciones a nivel nacional e internacional.



Í N D I C E

PRESENTACIÓN DE LA TUTORA DE LA INVESTIGACION / 9

1. INTRODUCCIÓN / 13

- 1.1 Justificación del estudio / 13
- 1.2 Sistema de Salud en el Uruguay / 13
- 1.3 Situación del embarazo en la adolescencia / 16
- 1.4 Políticas y servicios en salud sexual y salud reproductiva / 20

2. MARCO CONCEPTUAL / 22

- 2.1 Teoría y perspectiva de género / 22
- 2.2 Enfoques de género en las políticas para el desarrollo: MED y GED en el campo de la salud / 24
- 2.3 Varones, salud reproductiva y servicios / 27
- 2.4 Derecho a la salud. Salud sexual y salud reproductiva. Derechos sexuales y derechos reproductivos / 28
- 2.5 Calidad de atención y calidad de los servicios dirigidos a adolescentes / 31

3. METODOLOGÍA / 33

- 3.1 Aportes de la investigación cualitativa / 33
- 3.2 Diseño metodológico / 34
- 3.3 Descripción del criterio de elección de los servicios / 34
- 3.4 Técnicas de recolección de la información / 35

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS / 37

5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS / 39

- 5.1. Contexto político e institucional como texto de la investigación / 39
- 5.2. Características socio demográficas de la población adolescente entrevistada / 40
- 5.3. Dimensiones del análisis / 43

6. RESULTADOS OBTENIDOS / 44

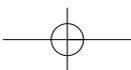
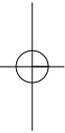
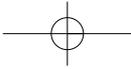
- 6.1. Análisis desde la perspectiva de las y los adolescentes / 44
- 6.2. Análisis desde la perspectiva del personal técnico / 66

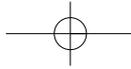
7. CONCLUSIONES / 73

8. RECOMENDACIONES / 77

9. BIBLIOGRAFÍA / 79

10. ANEXOS / 83





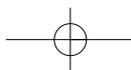
Presentación de la tutora de la investigación

La construcción de una agenda de investigación en salud sexual y reproductiva, género y derechos, incluyendo la definición de prioridades, es un proceso de debate a nivel global y en los escenarios nacionales. En Uruguay, si bien existen antecedentes de investigación en distintos tópicos en salud sexual y reproductiva, realizada desde y por distintos actores y desde diferentes enfoques teóricos y metodologías, hay importantes vacíos de conocimiento y de información sistematizada sobre un campo de conocimiento necesariamente complejo y multidimensional.

El estudio sobre adolescencias y maternidades se remonta a algunas décadas. Investigaciones desde la perspectiva demográfica, social y psicológica han contribuido a conocer mejor y más en profundidad el fenómeno del embarazo en la adolescencia y sus repercusiones a nivel social e individual, tanto para las mujeres como para sus hijos. Poco se ha investigado sobre los progenitores varones de estos embarazos, el vínculo que establecen con la adolescente embarazada, los significados asociados al embarazo y a su condición de (futuros) padres. La ciencia y en particular la investigación no han sido ajenas a las naturalizaciones y los esencialismos. Los Estudios de Género han contribuido a deconstruir estos paradigmas que han sostenido históricamente la producción del conocimiento moderno para postular a la categoría de género como herramienta sensible y de capital importancia en un análisis complejo de las relaciones sociales y la condición humana.

En nuestro país, el embarazo en la adolescencia es considerado como “un problema social” al cual están asociados fenómenos como la deserción escolar, el maltrato infantil, la exclusión social, la pobreza, la violencia doméstica (abuso sexual), la dependencia económica y social, el modelo mujer = madre y la falta de condiciones para ejercer los derechos y exigir su respeto. La tendencia en los últimos treinta años, muestra que la población uruguaya se reproduce en sus sectores más pobres, siendo significativo el aporte que hacen las adolescentes a la tasa global de fecundidad.

Los esfuerzos y las estrategias que se han desarrollado para prevenir el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias, han sido insuficientes y generalmente carecen de integralidad en sus enfoques y metodologías. El predominio de un enfoque tradicional materno - infantil, basado en una perspectiva reduccionista y de corte asistencia-



lista, ha redundado en programas sociales y sanitarios focalizados en la atención del binomio madre - hijo.

Hacia mediados de la década de los 90 y como efecto del debate a nivel global y nacional sobre la salud de las mujeres y los derechos en las esferas de la sexualidad y la reproducción, un nuevo enfoque se postuló como alternativa para brindar mejores respuestas institucionales a las necesidades humanas, basado en una perspectiva de equidad, género y derechos. Se trata del enfoque integral en salud sexual y reproductiva, que - no sin disputas - ha progresivamente permeado el diseño, implementación, seguimiento y monitoreo de políticas públicas.

Ambos enfoques coexisten en las prácticas y en el diseño de programas y servicios de salud. También en las demandas y en las expectativas de la población usuaria. A pesar de los avances que se pueden señalar en la ampliación de prestaciones en salud sexual y reproductiva en los servicios, ha predominado un modelo materno infantil en la atención de la población adolescente y sus necesidades en materia de sexualidad y reproducción.

La investigación "Adolescentes y embarazo en los servicios de salud", en la cual se basa esta publicación, desarrollada por las psicólogas Leticia Benedet y Valeria Ramos, ambas integrantes del equipo de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, contribuye a comprender mejor la relación entre demanda de atención y respuesta institucional de los servicios de salud frente al embarazo en la adolescencia.

La implementación de este estudio, en el marco del llamado a proyectos de iniciación a la investigación de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Udelar, permitió generar nueva información, así como fortalecer la capacidad de investigación de jóvenes profesionales comprometidas con el rol universitario de aportar nuevo conocimiento al servicio del desarrollo humano y las transformaciones sociales.

La Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, fue creada en 1999 por el Consejo de la Facultad de Psicología (Udelar), en el marco del proyecto institucional de creación de Cátedras Libres. De esta forma, la institución concretó la apertura de un ámbito académico para el desarrollo de la docencia, la investigación y la extensión en un área de convergencia interdisciplinaria, con alto interés científico y social. Tiene entre sus objetivos principales: "incentivar y desarrollar la investigación de los aspectos psicosociales y culturales implicados en el campo de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género, considerando los vacíos y las necesidades

.....
1. Proyecto de creación Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología, Udelar. Setiembre 1999. (versión electrónica)

de investigación existentes en el país”, así como “aportar conocimiento y evidencia científica para el diseño, la implementación, la evaluación y el seguimiento de políticas públicas en este campo”

Los resultados de investigación que se recogen en esta publicación sobre el embarazo en la adolescencia y los servicios de salud son una contribución al campo de la salud pública y en particular de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. Sus aportes pueden ser traducidos en cuestiones de naturaleza práctica, de allí el carácter aplicativo que tienen estos resultados, brindando insumos para re-orientar o re-estructurar las respuestas institucionales.

Hace unos cuantos años escribía un pequeño artículo al que llamé “Madres adolescentes o adolescentes madres. Cuando el orden de los factores altera el sentido”, que incluía algunas reflexiones acerca de las Unidades Materno Infantiles del Instituto Nacional del Menor (hoy INAU). Hoy, a más de quince años de aquella reflexión, sigo considerando que el orden de los factores no es inocua ni ingenua. Muy por el contrario, da cuenta de enfoques y cosmovisiones acerca del mundo, del ser mujer, del ser varón. La investigación científica, no sólo produce conocimiento novedoso sino que debe contribuir al debate social sobre temáticas de interés general. Esta investigación cumple con ese cometido.

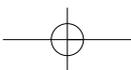
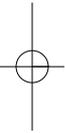
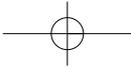
Alejandra López Gómez

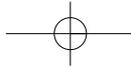
Coordinadora

C.L Salud Reproductiva, Sexualidad y Género

Facultad de Psicología

Universidad de la República.





Introducción

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La investigación cuyos resultados se desarrollan en la presente publicación fue realizada en el departamento de Montevideo, capital de Uruguay, en el período marzo de 2005 a mayo de 2007, en el marco del llamado a proyectos de iniciación realizado en el año 2004 por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República.

Tuvo como propósito conocer las condiciones de atención y las representaciones subyacentes en los servicios de salud públicos acerca de los y las adolescentes que consultan por un embarazo. En este sentido centró su análisis en cómo son percibidos y visualizados los y las adolescentes en esta situación por parte del personal de salud; como factor que incide en las características de la atención. Asimismo se indagó cómo estos/as adolescentes perciben la atención que brindan los servicios de salud y la calidad de la misma.

El **Objetivo General** fue *conocer las condiciones de atención y las representaciones subyacentes en servicios de salud públicos sobre los y las adolescentes que consultan por su embarazo.*

Se propuso como **Objetivos Específicos:**

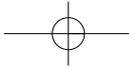
1. Conocer cómo perciben las y los adolescentes en situación de embarazo la atención en los servicios de salud de los cuales son usuarias/os.
2. Analizar la calidad de la atención de los servicios públicos de salud que atienden adolescentes embarazadas.
3. Conocer el lugar atribuido por los servicios de salud al varón adolescente que consulta por la situación de embarazo

1.2. Sistema Nacional de Salud en el Uruguay

Hasta el año 2005, el sistema de salud uruguayo se caracterizó por ser un sistema mixto de atención a partir de una compleja articulación de instituciones públicas y privadas.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) debía cumplir por ley las funciones de rectoría, normatización, control y asistencia.





El subsector público cumplía funciones asistenciales a través de policlínicas y hospitales a nivel nacional. Además de las correspondientes a las del Ministerio de Salud Pública se cuentan las prestaciones brindadas por otros ministerios (Defensa, Interior), Entes Autónomos, Banco de Previsión Social (BPS) y Banco de Seguros (con oferta de asistencia ante accidentes de trabajo), Universidad de la República a través del Hospital de Clínicas y servicios de salud municipales.

El subsector privado conformado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, “mutualistas”, cubrían la atención de la clase media y alta y de los trabajadores y trabajadoras a partir de la seguridad social (DISSE) financiada por el Estado. Las mutualistas funcionan con una modalidad de pre pago por prestación más tasas moderadoras (“costos de bolsillo”).

El sistema de seguridad social ligado a la inserción laboral comprendía a las personas con trabajos formales del sector privado a los que se les descuenta un porcentaje de su sueldo para la seguridad social que incluye la cobertura de salud (DISSE) en una de las instituciones de asistencia médica colectiva con derecho a elegir entre las ofertas disponibles. “Estos fondos tienen un modelo de base solidaria por el cual cada quien aporta según su ingreso y gasta según su necesidad en salud, estableciendo un modelo en el cual los/as trabajadores/as más jóvenes y/o calificados aportan más y gastan menos pero son solidarios con los otros trabajadores mayores o con más necesidades en salud en el presente y a futuro, consigo mismos/ as en la vejez”².

El modelo de atención de salud en ambos subsistemas ha estado caracterizado por un *modelo asistencialista curativo* enfocado predominantemente a la “recuperación de la salud”, con un escaso desarrollo de las actividades de promoción y prevención de salud. La preocupación sanitaria ha estado puesta en la enfermedad con altos gastos en tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos además de duplicación, dispersión y subutilización de los recursos disponibles.

Predomina lo que Eduardo Menéndez ha conceptualizado como el modelo médico hegemónico, caracterizado por una concepción biologicista de la salud, ahistórica, que excluye o minimiza la incidencia de los determinantes del orden socio – cultural, económico y político en la producción y solución de los problemas de salud – enfermedad. Desconoce el saber no técnico y reproduce prácticas autoritarias que no contribuyen al empoderamiento de las usuarias/os o prestadores/as.

Desde el punto de vista de la salud de las mujeres, la causa de sus malestares proviene de su especificidad biológica, priorizando las problemáticas relacionados con su función reproductiva. Desde esta concepción se desarrolló un modelo de atención de la salud de las mujeres centrado en el componente materno infantil, abordando la salud de las mujeres desde una perspectiva reduccionista, ubicando a la mujer únicamente en su rol de madre, priorizando la atención madre – hijo dejando ausente en esa relación la participación del varón en el ejercicio de la paternidad. Este modelo trajo como

.....
2. Tajer, Débora (2008): “Construyendo políticas públicas en salud con perspectiva de género: de las teorías a las prácticas”. Unidad N° 1, Seminario PRIGEPP – FLACSO Buenos Aires.

consecuencia una cultura de cuidado de la salud reproductiva únicamente por parte de las mujeres a partir de su función reproductiva. Una de las últimas investigaciones en este sentido plantea que “una de cada cuatro mujeres encuestadas (24%) no consultó nunca a un ginecólogo sin ser por embarazo”³

Más allá de lo ante dicho, es importante destacar que el desarrollo de este modelo permitió un descenso de los indicadores de mortalidad infantil, la captación temprana del embarazo y su adecuado control, la institucionalización del parto y la atención del puerperio⁴.

Otro de los problemas de este sistema de salud fue que cada vez más ciudadanos/as quedaban sin cobertura. Algunos de ellos, trabajadores/as formales del sector privado que al tener como única opción de cobertura la atención en las mutualistas a través de DISSE, no podían luego atenderse porque no podían pagar las tasas moderadoras. Esto último traía como consecuencia que cuando necesitaban acudir a un servicio de salud se atendieran en el sector público cuando el Estado pagaba por ellos en el sector privado, duplicando el gasto en salud y haciendo ineficiente el sistema.

Quedaban excluidas también del sistema las familias de los/as trabajadoras del sector formal quienes debían pagar de su bolsillo las mutualistas. La mayor dificultad la tenían los trabajadores/as de ingresos medios quienes no entraban en el sector objetivo del sector público pero tampoco podían pagar los costos de afiliarse a una mutualista.

En el caso de las mujeres afiliadas a mutualistas, los costos de cuidado de su salud sexual y reproductiva terminaban siendo muy altos (costos de exámenes como papanicolau, mamografía, etc.) desestimulando, sumado a otros aspectos, la utilización de los servicios de salud.

Otra de las dificultades estaba dada por los problemas de acceso geográfico de los usuarios/as debido a que las mutualistas no contaban con una red descentralizada de servicios. Las prestaciones eran brindadas generalmente en las capitales departamentales y en los barrios céntricos. Por tanto, muchos usuarios/as del sector privado de salud vivían más cerca de las policlínicas públicas, reproduciendo las dificultades mencionadas en el párrafo anterior.

Otros, como la población de los sectores más pobres, terminaban accediendo a una mala calidad de atención debido, entre otros aspectos, a la poca inversión del Estado en este sector.

A partir del año 2005, con la asunción de las nuevas autoridades de gobierno, se inician una serie de reformas entre las que se destaca el proceso de elaboración y negociación de la Reforma del Sector Salud (RSS). Dicha reforma tiene como eje central la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que comprende a efectores

.....
3. MYSU (2007): Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva en Uruguay. Rosgal s.a. Montevideo, Uruguay

4. López Gómez, A; Benia, W; Contera, M; Güida, C (2003): Del Enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva. Cátedra Libre en salud reproductiva, sexualidad y género. Facultad de Psicología/ UdelaR, Fundación Mexicana para la salud. Rosgal. s.a. Montevideo, Uruguay.

públicos y privados y se plantea cambios en los modelos de atención, gestión, financiamiento y en la definición de una política nacional de medicamentos y tecnología.

El SNIS plantea como principios rectores la universalización de la atención integrando al sistema aquellos/as ciudadanos/as sin cobertura, la equidad en el financiamiento a partir de un aporte familiar por ingresos, la nivelación de la calidad de atención tanto en el sector público como en el privado, el fortalecimiento del primer nivel de atención, la transparencia y democratización de la gestión con participación de trabajadores/as y usuarios en el procesos de salud y la libre elección de los usuarios/as.

1.3. SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Adolescencias ...

Según la OPS – OMS se considera que la adolescencia se inicia con los cambios biofisiológicos que experimentan los individuos luego de la niñez y finaliza con la madurez sexual y reproductiva, abarcando desde los 10 a los 19 años.

La definición por parte de la OMS, de este período vital, da cuenta de la creciente legitimación del concepto “adolescencia”, fundamentalmente en las sociedades occidentales o fuertemente influenciadas por la civilización occidental. Sin embargo, la misma definición de adolescencia es un campo en construcción y objeto de debate entre disciplinas e incluso dentro de los campos disciplinares que la convierten en objeto de estudio.

Se entiende que la adolescencia, en tanto etapa de la vida humana, no escapa de las complejidades que todo estudio sobre las personas encuentra. Esto supone que no puede ser abordada sin un enfoque interdisciplinario y transdisciplinario, que pueda dar cuenta de las múltiples dimensiones que abarca (social, psico - afectiva, cultural, política, económica, pedagógica, antropológica, etc.).

La particularización de la adolescencia, estaría relacionada, según varios autores, a la *“necesidad de instituirse un momento vital de pasaje entre la infancia y la adultez, que favoreciera el retraso de la reproducción biológica en las mujeres (confinándola al matrimonio) y que posibilitara la capacitación de los varones para el trabajo. Mientras para las primeras, implicaba una preparación para el matrimonio y el rol de madreposasa; para los segundos, implicaba la preparación para el mundo del trabajo.”*⁵

Existe una división de las expectativas sociales respecto de las/ os adolescentes en función de su sexo, así como su vinculación con la división social de bienes y la división del trabajo. La influencia sobre la adolescencia del sistema de género y la clase social, aparecen como factores de primera importancia. Esta influencia, que se remonta al surgimiento mismo del concepto, tiene hoy día expresiones absolutamente tangibles, aunque las mismas son diferentes según el sector de la sociedad que se estudie.

.....
5. López, A. (2005): “Consideraciones conceptuales”. En: *“Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay; un estudio retrospectivo (1995 – 2004)”*. Montevideo: Publica Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología UDELAR – UNFPA, 2005. Pág. 28

Embarazo en la adolescencia: ¿opción o destino? ... ¿problemática social?...

En lo que refiere al embarazo en adolescentes es un fenómeno que requiere también de consideraciones específicas. Mientras la reproducción es biológica, las significaciones en torno al embarazo, la maternidad y la paternidad son construcciones socio culturales e históricas, por lo que la mirada social hacia dicho fenómeno va a diferir según cada época y lugar. Es así que en algunas sociedades puede ser considerado como algo esperado y en otras, como la nuestra, mayoritariamente es considerado como una gran problemática social, tal como ha sido señalado en el apartado de antecedentes. Al decir de Ana María Fernández, en relación con el embarazo adolescente, es necesario poder indagar las cuestiones problemáticas que encierra, dado que según como se piense e imagine que las cosas son, así serán las políticas que se diseñen para su abordaje.⁶

Es en esta misma línea de pensamiento que se considera que las representaciones que envuelven al embarazo en adolescentes, por parte de los equipos de salud, impactan y repercuten en la atención a nivel de los servicios.

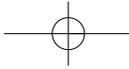
El embarazo en la adolescencia ha sido construido como problema social en el Uruguay y analizado fundamentalmente, en el marco de las múltiples consecuencias generadas a partir de los procesos de exclusión, que comienzan a intensificarse a partir de la década de los noventa. Es decir, si bien es un fenómeno que cuenta con larga data, se constituye como tema de preocupación social recientemente.

En la actualidad la asociación “pobreza – exclusión – embarazo adolescente – reproducción de la pobreza” es explícita en los discursos de diferentes formadores de opinión pública.

El análisis de las estadísticas disponibles, especialmente cuando se realizan sin una perspectiva de género y derechos, obstaculizan un estudio complejo del fenómeno. Dicha información presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la mayoría de los datos refieren a los nacidos vivos provenientes de adolescentes mujeres, lo cual implica no disponer de información acerca de:

1. la prevalencia de embarazo en la adolescencia y por tanto qué porcentaje de éstos culmina en parto (esto permitiría conocer el porcentaje de adolescentes que interrumpe el embarazo);
2. la prevalencia de embarazo no deseado en adolescentes;
3. número de adolescentes varones que se encontraron en situación de embarazo antes de mediar una interrupción voluntaria del mismo
4. cuántos adolescentes varones son padres, en tanto en muchas ocasiones sólo se registra la madre o el padre es desconocido.

.....
6. Fernández, A, M (1993) *“La Pobreza y la Maternidad adolescente”*. En la Mujer de la Ilusión. Ed. Paidós, Bs. As.



Ante este panorama, las cifras disponibles se refieren básicamente a la maternidad adolescente y no al embarazo en la adolescencia en general. Los datos muestran que en Uruguay, la fecundidad en adolescentes tiene mayor incidencia en mujeres que en varones, aún cuando éstos inician su vida sexual más temprano. Por lo general, la gran mayoría de los padres de los hijos/ as de las madres adolescentes no son adolescentes, observándose marcadas diferencias de edad entre ambos progenitores⁷. Por tanto los indicadores de fecundidad masculina no son necesariamente los que mejor representan la situación de salud reproductiva de los hombres. Según algunos autores esta situación se *“asocia con inequidades de género vinculadas a un contexto sociocultural que asigna comportamientos de nupcialidad, sexualidad y reproducción distintos en hombres y mujeres”*⁸.

En el 2005, según los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP)⁹, el 24,9 % de los partos asistidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (la mayor maternidad del país) fueron de adolescentes de entre 10 y 19 años. El grueso de este porcentaje (24,3 %) se concentró en las adolescentes entre 15 y 19 años. En números brutos, esto se traduce en 1780 partos, sobre 7869 partos asistidos. Entre el 2002 y el 2005 esta cifra se mantuvo relativamente estable, entre el 23 y el 25%.

Si bien los nacimientos provenientes de mujeres adolescentes han tenido una tendencia creciente, este crecimiento no se ha disparado notablemente en la última década. Tampoco ha sido, como muchas veces se presume a partir de la información difundida, una tendencia lineal y uniforme. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁰, en 1968 el porcentaje de partos de mujeres adolescentes era de un 11, 17 %, en el 2004 era de 15,2 % sobre el total de nacimientos.

Si se compara estadísticamente el año 2004 con el año 1968, el incremento del porcentaje de maternidad en la adolescencia asciende a un 4% en 38 años. Sin embargo esta evolución no ha sido regular. La maternidad adolescente se mantuvo por encima del 14 % entre los años 1975 y 1981, alcanzando un pico de 14,78 % en los años 1979 y 1980, apenas un 0,5 % menos que las cifras actuales. Esta tendencia fue decreciendo y encontró su pico más bajo en 1985 con un 12,33 %

En el año 1988 nuevamente se supera la línea del 14 % y se da una tendencia que llega al pico más alto del período en 1997, donde se registra un 16, 88 % de maternidad adolescente. Desde ese año las cifras lentamente han comenzado a bajar hasta el 15,2 %¹¹ de 2004, último dato oficial relevado.

Es decir, si bien existe un aumento notorio en el periodo relevado, este aumento tuvo una tendencia oscilante y no es este aumento el único motivo que genera la alarma

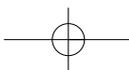
7. UNFPA (2004): Diagnóstico sobre Salud sexual y Reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe.

8. UNFPA (2004): Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México pág. 20

9. Sistema Informático Perinatal - MSP, 2005.

10. INE, Banco de datos “Maternidad adolescente período 1968 al último dato disponible” en www.ine.gub.uy

11. Nacimientos registrados en todo el país según edad de la madre de 1999 a 2004 en www.msp.gub.uy



social. El aumento de la proporción del aporte de las adolescentes a la tasa de fecundidad no sólo se explica por el aumento bruto del número de casos de nacimientos provenientes de las adolescentes, sino también por el descenso de las tasas de fecundidad de mujeres adultas, principalmente de aquellas cuyo nivel social, económico y cultural se encuentra en estratos medios y altos. Este nuevo comportamiento reproductivo, que tiende a postergar la llegada del primer hijo/ a, es legitimado socialmente principalmente para la “clase media” uruguaya, se lo entiende como algo deseable, vinculado principalmente a la preparación e inserción en el mundo del trabajo, y la progresiva adquisición de la madurez afectiva suficiente para asumir la maternidad / paternidad. Por otra parte, la actual fragmentación de la sociedad uruguaya, genera que este comportamiento reproductivo, no sea la tendencia en los sectores más vulnerados, donde las tasas de fecundidad son mucho más altas y la proporción de adolescentes madres es mucho mayor. Muestra de ello es que a nivel nacional, en 1999, el 82.7% de los partos de adolescentes correspondieron al sector público y el 17.3% al sector privado¹².

La relación entre la generación y el nivel socioeconómico es significativa cuando se habla de pobreza: *“Cuando efectuamos la distribución de la población pobre en función de los diferentes intervalos de edad, volvemos a comprobar el proceso de infantilización de la pobreza. Al constatar que el 54,5 % de los niños menores de 6 años, el 51,7 % de los menores entre 6 y menos de 12 años, el 43,1 % de los adolescentes entre 13 y 17 años viven en hogares por debajo de la línea de pobreza, en oposición con tan solo el 9,4 % de los mayores de 65 años, que se encuentran por debajo de este nivel.”*¹³

La situación epidemiológica y los datos referidos al embarazo en la adolescencia, evidencian una clara diferencia entre el sector público y privado. Según datos sobre los controles de embarazos en adolescentes, la primera consulta ginecológica se realiza entre el sexto y noveno mes en el 44% de los casos, mientras que en el 28% se hace dentro de los tres primeros meses y en el 27% lo hacen entre el cuarto y quinto mes. Entre las causas que desencadenan esta situación se plantea: la negación del embarazo, barreras económicas, geográficas, funcionales, organizacionales y socioculturales para el acceso a la consulta ginecológica¹⁴.

El papel de los medios de comunicación

El embarazo en la adolescencia es un asunto recurrente en los medios de comunicación. La investigación “Adolescentes y sexualidad: significados, discursos y acciones

12. CLADEM Uruguay, MYSU (2003): *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Diagnóstico Nacional y Balance Regional*, Rosgal SA, Montevideo.

13. Benia, W; De Mucio, B (2006): *Situación epidemiológica en el Uruguay*. Facultad de Medicina. Instituto de Higiene. Depto. de Medicina Preventiva y Social. Prof. Alejandro Gherardi. Modulo Salud Pública I.

14. CLADEM Uruguay, MYSU (2003): *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Diagnóstico Nacional y Balance Regional*, Rosgal SA, Montevideo. Pág. 20.

en Uruguay (1995 - 2004)”¹⁵, presenta un análisis cualitativo del discurso de la prensa escrita acerca de la sexualidad adolescente. Se señalan cinco cadenas semánticas, que aparecen como las más recurrentes en la presentación de los artículos que vinculan adolescencia y sexualidad, dos de ellas refieren específicamente al embarazo en la adolescencia de la siguiente forma:

1. “sectores populares – pobreza – marginalidad – hijas de madres adolescentes – sexualidad – comportamiento reproductivo - embarazo adolescente – baja escolarización – crianza de los hijos en soledad – reproducción de la pobreza”
2. “adolescencia – ejercicio de la sexualidad – problema embarazo precoz - riesgo –contagio”

La primera refleja el enfoque desde el cual más comúnmente ha sido analizado el fenómeno del embarazo en la adolescencia en el Uruguay: asociado a la reproducción de la pobreza. La segunda, nos sugiere otra preocupación social latente: el ejercicio mismo de la sexualidad adolescente, ejercicio que cuestiona valores hegemónicos largamente arraigados (la monogamia, la censura de las relaciones sexuales prematrimoniales, el ejercicio de la sexualidad centrada en su función reproductiva, etc.), y que es analizada observando sólo las posibles consecuencias negativas que puede acarrear.

Los enfoques recogidos y transmitidos por la prensa, son los que han predominado en el tratamiento del tema en los ámbitos políticos, en la opinión de la ciudadanía y desde luego, en el diseño e implementación de políticas públicas, no sólo en Uruguay, sino a nivel internacional.

Respecto a este tema, en uno de los estudios cualitativos del proyecto “Género y Generaciones”, se señala: *“El embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido abordados en las últimas décadas fundamentalmente desde dos perspectivas: como un tema de salud pública, en el que el énfasis ha estado puesto en los factores de riesgo tanto para la salud de las adolescentes, como para sus hijos y como un problema social que perpetúa la situación de pobreza y exclusión”*¹⁶.

1.3 POLÍTICAS Y SERVICIOS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva en Uruguay, comienzan a delinearse desde un nuevo paradigma, posteriormente a la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994). Anteriormente, las políticas, programas y servicios de salud priorizaron algunos com-

16. Amorín, D; Carril, E; Varela, C (2006): Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajo y medios de Montevideo. En: Proyecto: Género y Generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I. Edit. Trilce, Montevideo. Pág. 158.

15. Vitale, A (2005): Adolescentes y sexualidad en la prensa escrita. En: *“Adolescentes y sexualidad: significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995 – 2004)”*. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología – UdelaR, con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Montevideo. Pág. 210

ponentes aislados de la salud reproductiva y sexual, centrados principalmente en la atención materno – infantil, con su consecuente priorización de la atención del embarazo y parto de las mujeres usuarias y la asistencia al “binomio madre-hijo”.

En lo que refiere específicamente a políticas y programas en salud sexual y reproductiva (SSR), la CIPD (El Cairo, 1994) y IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), generaron un fuerte impacto a nivel global y nacional. A partir de 1995, en el estado uruguayo comienza a gestarse un proceso de avance hacia políticas en salud reproductiva desde un enfoque de derechos.

En el año 1996, surgen dos programas vinculados a la salud sexual y reproductiva. Uno de ellos, implementado desde la órbita de la Intendencia Municipal de Montevideo: Programa de Atención Integral a la mujer (PAIM), y otro desarrollado por el Ministerio de Salud Pública: Programa “*Maternidad y Paternidad elegida*”.

El PAIM continúa implementándose y cuenta con tres subprogramas: Maternidad informada y voluntaria, Control del embarazo y puerperio, Prevención del Cáncer Genito Mamario, desde los cuales se brindan diferentes prestaciones. A su vez, ha desarrollado capacitaciones para los equipos de salud de las policlínicas municipales y referentes comunitarias/os, se han publicado materiales educativos, ha priorizado la participación comunitaria y atiende también adolescentes.

El Programa “*Maternidad y Paternidad elegida*”¹⁷ del MSP comenzó siendo un proyecto de “*Incorporación de un Programa de Salud Reproductiva en el Área Materno Infantil con especial énfasis en la población con necesidades básicas insatisfechas*”, desarrolló capacitaciones dirigidas a profesionales, incorporó la anticoncepción, desarrolló acciones educativo – comunitarias y actividades de promoción de salud y educación, diseñó materiales educativos, tuvo un componente importante de participación adolescente, entre otras acciones.

Durante el período de su ejecución, el MSP con el apoyo de la OPS y con participación interinstitucional elaboró y publicó un *Plan Nacional de Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva (2000-2003)*. Sin embargo el plan nunca fue implementado. Asimismo, el Programa “*Maternidad y Paternidad elegida*” cesó en el año 2000.

A partir de allí la política en esta materia a nivel del MSP cambió su rumbo, comenzó a implementarse el *Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM)* el cual continúa ejecutándose en el primer nivel de atención en el departamento de Montevideo, siendo uno de sus componentes la prestación de servicios en anticoncepción.

A partir del año 2001, se incorpora en la órbita del MSP el “Programa Setiembre” dirigido a madres adolescentes usuarias del subsector público de Montevideo, con la finalidad de promover el auto cuidado, facilitarles los vínculos con el equipo de salud y prevenir la reiteración de embarazos no planificados.

A su vez, en el 2001 se crea el Programa Integral Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo (INFAMILIA) ubicado en la órbita de la Secretaría de la Presidencia de la República en el periodo 2002 – 2004, e incorporado por el Ministerio de Desarrollo

17. MSP; Informe final e informes de actividades del Programa Maternidad y Paternidad elegida (1997 a 2000), versiones electrónicas.

Social (MIDES) a partir del año 2005 con la nueva administración de gobierno nacional. Este programa elaboró y coordinó con la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) su subcomponente 1.4 “Prevención y Atención Integral del Embarazo Adolescente”.

También en el marco de la actual administración de gobierno se crea el Programa Nacional de Salud Adolescente el cual desarrolla acciones vinculadas a la SSR de los/as adolescentes y ha promovido la creación de espacios adolescentes en distintas zonas del país ejecutados desde ASSE.

Como mecanismo específico interinstitucional en salud sexual y reproductiva existe desde el 2004 la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva que funciona en la órbita del MSP. La misma tiene entre otros objetivos *“establecer las definiciones referidas a las políticas en salud sexual y reproductiva que deberá impulsar el Estado Uruguayo en los diferentes foros y cumbres nacionales, regionales e internacionales”*¹⁸. Dicha Comisión está integrada por organizaciones de la sociedad civil y del estado y es presidida por el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (PNSM y G) del MSP.

Creación del organismo rector de las políticas públicas de género

Otro avance sustancial del actual gobierno ha sido la institucionalización de la perspectiva de género en las políticas públicas a través de la refundación del antiguo Instituto Nacional de la Familia y la Mujer (INFM). Dicha institución pasa a denominarse Instituto Nacional de las Mujeres y es ubicado en el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Tiene entre sus cometidos *“ejercer como ente rector de las políticas de género, las funciones de promoción, diseño, coordinación, articulación, ejecución, así como el seguimiento y evaluación de las políticas públicas”*¹⁹.

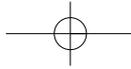
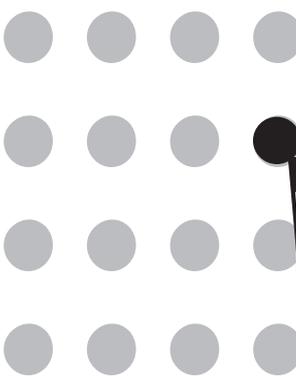
Por otra parte, en el correr del 2006, el Instituto Nacional de las Mujeres en consulta con organismos públicos y privados y a través de la realización de diecinueve asambleas departamentales construyó el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos en el cual se definen – entre otras - acciones en salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos sexuales y reproductivos para desarrollar en articulación con los respectivos organismos gubernamentales.²⁰

Es de destacar que el Instituto Nacional de las Mujeres articula marcos conceptuales y acciones junto a otros organismos públicos y organizaciones de la sociedad en la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva antes mencionada.

18. Ordenanza N° 147 del MSP de fecha 24/03/2004

19. Ley N° 17.930 artículo 377 del año 2005.

20. INAMU – MIDES Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos, marzo 2006.

El marco conceptual

2.1 TEORÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

La teoría de género es un cuerpo de conocimiento científico que proporciona una explicación crítica de lo que acontece en el orden de las relaciones entre hombres y mujeres. Incorpora el concepto de género como una categoría de análisis de las relaciones entre hombres y mujeres en cualquier cultura y sociedad. Asimismo, el género es una categoría relacional que involucra a mujeres y varones, refiriendo a las relaciones de desigualdad y poder entre los sexos a partir de las diferencias biológicas. Según Teresita de Barbieri²¹, el sistema sexo-género es el *“conjunto de prácticas, símbolos y representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia anatomo – fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y, en general, a los relacionamientos entre personas”*

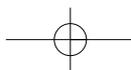
Las primeras conceptualizaciones sobre género surgen en la década del 50 a partir de las teorizaciones de los psiquiatras y psicoanalistas Money y Stoller quienes ya hacían referencia a la distinción entre sexo y género. A nivel político, la década del 60, fue un hito en la construcción de estos conceptos, en el que los movimientos de mujeres y en especial los movimientos feministas realizaron un aporte fundamental. Por su parte, las académicas feministas incorporaron en la producción del conocimiento, la *condición de la mujer* como campo específico de estudio, surgiendo los denominados “Estudios de la Mujer”. Los mismos antecedieron los *Estudios de Género*. Al decir de la feminista académica Joan Scott²², el género *“pasa a ser una forma de denotar las construcciones culturales, la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres. Es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. Género es, según esta teoría, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado.”*

El enfoque de género permite una mejor y más compleja comprensión de las dimensiones de la vida cotidiana como es la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. Permite analizar la distribución y organización del poder constitutivo de todas las relaciones sociales en sus diversas expresiones.

A su vez, la categoría de género debe ser articulada con otras categorías como el nivel socioeconómico, orientación sexual, etnia - raza, edad, etc.

.....
21. De Barbieri, T (1995): “Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género”, en *Estudios de Derechos Humanos IV*, Ed. IIDH, Costa Rica.

22. El género (1996): Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta Compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG, México. Pág. 271.



Las políticas sanitarias así como las reformas de salud, afectan de distinta manera a mujeres y hombres, existiendo desigualdades de género respecto a al acceso a los servicios, a la calidad de la atención, a la participación en la toma de decisiones, etc. El género es una herramienta a utilizar a la hora de transformar los modelos de atención, gestión y financiamiento. Asimismo, el enfoque de género *“brinda herramientas para comprender y dar sentido a una serie de fenómenos percibidos en la realidad de los servicios y en la dinámica de los equipos de salud, que se visualizan primordialmente como contradicciones, discordancias y conflictos”*²³.

La equidad de género en salud *“refiere a la eliminación de todas las desigualdades que son evitables e injustas (OPS), siendo de particular interés para la incidencia en materia de cambio a los sistemas de salud, todas aquellas estructuras generadoras de desigualdad y exclusión en materia de salud en general y en particular en SSR: social y de género, ciclo vital y cultura”*²⁴.

Como se mencionara, en la CIPD se colocó el énfasis en los derechos y el empoderamiento de las mujeres, planteando la necesidad de que el sector de la salud juegue un papel activo en la equidad de género. En la plataforma de acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), se relacionó la salud de la mujer con la agenda de derechos humanos. En la Cumbre del Milenio (2000), los Estados congregados aprobaron dentro del conjunto de las Metas de Desarrollo del Milenio, el logro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

Por otra parte, la OPS/ OMS considera el logro de la equidad de género en el ámbito de la salud como un elemento primordial.

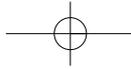
2. 2 ENFOQUES DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PARA EL DESARROLLO: MED Y GED EN EL CAMPO DE LA SALUD

Las políticas de desarrollo han ido pasando por etapas similares a las recorridas por los estudios de la mujer y los estudios de género. “De una invisibilidad inicial, negadora de los aportes femeninos a los ingresos familiares, a la producción y la reproducción, se pasó luego a una visibilidad centrada en los aspectos reproductivos de las mujeres; la biología y la necesidad de controlarla. Luego se redescubre a las mujeres en su dimensión de productoras para finalmente pasar a la formulación de propuestas que no se centran en las mujeres sino en las relaciones establecidas entre hombres y mujeres de modo de avanzar en la búsqueda de una equidad”²⁵.

23. López Gómez, A; Benia, W; Contera, M; Güida, C (2003): *Del Enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva*. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género / UdelaR, Fundación Mexicana para la salud. Rosgal. s.a. Montevideo, Uruguay. Pág. 30

24. UNFPA (González, A.C); “El UNFPA y los procesos de cambio en los sistemas de salud: Orientaciones estratégicas para América Latina y el Caribe”, Edit. Centro de Comunicación Virginia Wolf- Cotidiano Mujer, Uruguay, 2007. Pág. 31.

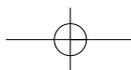
25. Rebolledo, Loreto: “Género y Desarrollo” en Conceptos de Género y Desarrollo. Serie apuntes docentes de Montecino y Rebolledo. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales. Programa Interdisciplinarios de Estudios de Género. Pág. 37



Los siguientes cuadros resumen la evolución de los diferentes enfoques de desarrollo, indicando las características más destacadas de cada uno, considerando que algunos coinciden simultáneamente en el tiempo.

MUJERES EN EL DESARROLLO (MED)			
Enfoque del Bienestar 1950 - 70	Enfoque de la Equidad 1970 - 1985	Enfoque Anti - pobreza Posterior a los años 70 en adelante	Enfoque de la Eficiencia 1981 - 1990
<p>Se prioriza el crecimiento económico como estrategia de combate al subdesarrollo y la pobreza. La finalidad es incrementar la capacidad productiva de los hombres y la ayuda al bienestar de las familias, reforzando el papel de la mujer como cuidadora, madre, esposa, es decir, su rol reproductivo, manteniendo los roles tradicionales de género. No se cuestiona ni la subordinación de la mujer al hombre ni el modelo de desarrollo al que se la pretende asimilar.</p>	<p>Se empieza a visibilizar y valorar la participación marginal de las mujeres en la economía. Se plantea la necesidad práctica y el interés estratégico de que las mujeres se incorporen a las áreas productivas remuneradas, para lograr la autonomía y reducir la desigualdad. Las mujeres son consideradas como elementos activos y se sitúan en el mercado laboral. Se impulsa el rol productivo y se visibiliza la contribución económica de las mujeres en el desarrollo de las economías y las sociedades. Se reconoce el triple rol y los intereses estratégicos de género. este enfoque cuestiona la subordinación al hombre y se plantea, por tanto, un cambio estructural.</p>	<p>Se reconoce la importancia del papel de las mujeres en el desarrollo, bajo el supuesto de que una mayor participación económica de ellas generaría automáticamente mayor equidad. Se visibiliza que los déficit sociales generados por las recesiones económicas, la deuda externa y los programas de ajuste estructural son sustentados por el trabajo de las mujeres, en su triple rol: productivo (incorporación masiva al mercado de trabajo, en muchos casos a la economía informal, a las explotaciones agrarias, etc.), reproductivo (cuidado de personas dependientes: niños/as, personas ancianas, enfermas) y en su rol comunitario (comedores populares, vaso de leche, etc.). La aplicación de este enfoque no satisface los intereses estratégicos de género y aumenta las necesidades prácticas de las mujeres que pretenden satisfacerlas. Perpetúa los roles de género tradicionales, manteniendo los desequilibrios en las de reparto relaciones de poderes entre mujeres y hombres, y no cuestionando el modelo de desarrollo vigente en el momento.</p>	<p>Considera a las mujeres como jefas de hogar responsables de cubrir las necesidades básicas de las familias. Se reconoce su rol productivo y se busca que las mujeres aumenten sus ingresos y se integren en el desarrollo. Los programas se centran en facilitar formación técnica y proyectos generadores de ingresos a pequeña escala para cubrir necesidades básicas (prácticas). Refuerza las cargas de trabajo de las mujeres y los roles tradicionales. En este enfoque, se parte de la idea de que la desigualdad está ligada a la pobreza. No propone cambios estructurales, puesto que no se cuestionan ni la subordinación de género, ni el modelo de desarrollo.</p>

Fuente: Estrategia de "Género en Desarrollo" de la Cooperación Española, 2008



GÉNERO EN EL DESARROLLO (GED)

Enfoque del Empoderamiento 1970 - 1980 (Vigente hasta el siglo XXI)

Surge de la práctica y aportes de las organizaciones de mujeres y las feministas de los países en desarrollo. Establece un marco de referencia, poniendo énfasis en la estructura que subordina a las mujeres; es multidimensional: considera la discriminación por raza, clase social, historia colonial y la posición en el orden económico internacional. Se centra en las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres. Para ello se ve necesario el empoderamiento de las mujeres y la transformación de todas las relaciones de desigualdad. Busca una redistribución del poder en los ámbitos privados, en cada sociedad y entre los países. Analiza la situación mundial de las mujeres y de los hombres y las diferencias en la construcción de las relaciones entre los géneros. Trata de formular una visión alternativa de las relaciones entre hombres y mujeres, más equitativa e igualitaria. Para ello es esencial transformar el aparato legislativo, el código civil, el código laboral y las instituciones legales y sociales que otorgan privilegios al hombre y avalan el poder de éste sobre las mujeres. Propone realizar todas aquellas acciones específicas que se necesitan, destinadas a mejorar la posición de las mujeres. Plantea abordar los intereses estratégicos de género, pero sin dejar de lado las necesidades prácticas. La Plataforma para la Acción de Beijing se ubica expresamente en este enfoque, proponiendo objetivos, medidas de acción y disposiciones institucionales y presupuestarias para la concreción de la igualdad entre mujeres y hombres.

Evolución del enfoque GED: Integra Empoderamiento y Estrategia de Mainstreaming (transversalización) 1995

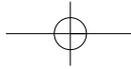
La estrategia de mainstreaming o transversalidad se identifica como tal a partir de la IV Conferencia de Beijing (1995), al considerarse en la Plataforma para la Acción que la incorporación de la perspectiva de género tiene que integrarse en todas las políticas, planes, programas y proyectos. Parte del supuesto de que para lograr la igualdad entre hombres y mujeres es imprescindible incluir los temas de género en la corriente principal, donde se ubican los temas fundamentales para la toma de decisiones, así como es necesario promover el empoderamiento de las mujeres.

La estrategia de transversalidad de género se va integrando a partir de 1995 en la aplicación de todo el sistema de la ONU, de las cooperaciones bilaterales y ONGD y es llevada al marco jurídico europeo por el tratado de Ámsterdam.

A partir de Beijing se plantea que en la aplicación del enfoque GED, el empoderamiento y la transversalidad son dos componentes necesarios, que se complementan para alcanzar la igualdad de género.

Fuente: Estrategia de "Género en Desarrollo" de la Cooperación Española, 2008

Las políticas de desarrollo orientadas a las mujeres o enfoque mujeres en desarrollo (MED) reconoce a las mujeres un papel activo como participantes en el proceso de desarrollo, enfatizando su rol reproductivo a través de las políticas de planificación familiar. Las mujeres fueron las protagonistas principales de las políticas tendientes a controlar la natalidad y mejorar la calidad de vida de las familias. Los esfuerzos estaban destinados a disminuir el número de hijos/as bajo el supuesto de que éstos eran una de las causas de la pobreza. Este enfoque tuvo su correlato en el campo de las políticas en salud a partir del reconocimiento de la contribución relevante que las muje-



res realizaban a la salud de la población mediante el desempeño de su rol de madre y esposa, cuidadora de la salud familiar y es el marco que sustenta el modelo materno infantil y los programas de nutrición de corte asistencialista (enfoque mujer, salud y desarrollo).

El énfasis puesto en la jerarquía del papel de la madre, fortaleció la invisibilidad de la mujer en tanto persona y sujeto de derechos también en lo que a la salud se refiere²⁶

El enfoque GED o enfoque género en Desarrollo busca superar algunas limitaciones de los enfoques MED que todavía reproducen roles estereotipados de mujeres y varones sin cambiar sus necesidades estratégicas. El enfoque de género en el desarrollo pone énfasis en analizar las relaciones de género como relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, que perpetúan la pobreza, las desigualdades, la diferente distribución de los espacios y riquezas, etc. Dicho enfoque aplicado a la salud se denomina “Género, salud y desarrollo” y pone el acento en incorporar en el análisis y en la elaboración y ejecución de políticas públicas, el modo en el que las asimetrías sociales entre hombres y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud – enfermedad – atención de unos y otros/as.

Los determinantes sociales en salud han sido definidos por la Organización Mundial de la salud y refieren a las condiciones sociales en las cuales la población vive y trabaja y que tienen impacto en su situación de salud. La consideración de los determinantes sociales en salud es muy importante debido a que estos son posibles de ser disminuidos o eliminados mediante intervenciones adecuadas a través de las políticas públicas.

A partir del enfoque GED se incorporan las condiciones y relaciones de género como determinantes sociales en salud.

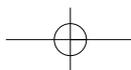
2.3 VARONES, SALUD REPRODUCTIVA Y SERVICIOS

Históricamente las políticas y servicios sustentados en un enfoque materno infantil, han excluido a los varones o los han colocado en el lugar de “acompañantes”. El enfoque de salud sexual y reproductiva implica necesariamente incluir también a los varones como protagonistas.

A su vez, la socialización de género de los varones y el modelo hegemónico de masculinidad imponen mandatos que se traducen en la baja concurrencia de los varones a los servicios de salud incluidos los de salud sexual y reproductiva, más aún si éstos se encuentran orientados hacia las mujeres.

Tanto en la CIPD como en la CMM las responsabilidades reproductivas de los hombres fueron consideradas, reafirmando la relación entre población y desarrollo en el entendido que la igualdad de género, junto con la participación de hombres en la repro-

.....
26. López Gómez, A; Benia, W; Contera, M; Güida, C (2003): *Del Enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva*. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género/ UdelaR, Fundación Mexicana para la salud. Rosgal. s.a. Montevideo, Uruguay. Pág. 26



ducción y la paternidad, son componentes esenciales para el desarrollo sustentable: *debería hacerse esfuerzos especiales por insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal, maternal e infantil; la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; la prevención de los embarazos no deseados*²⁷.

Sin embargo, más allá de los compromisos contraídos por Uruguay y del avance hacia políticas en salud sexual y reproductiva, los varones aún no han sido incorporados plenamente en las políticas y servicios en este campo. Las barreras para el acceso a la consulta, principalmente vinculadas a cuestiones de género y masculinidad continúan siendo muy importantes.

2.4 DERECHO A LA SALUD. SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

El derecho a la salud ha sido definido y consagrado en numerosos instrumentos internacionales que el Uruguay ha ratificado como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, entre otros. Se encuentra sustentado y reconocido tanto a nivel nacional como internacional, consagrado desde 1946 en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Entender los derechos desde una concepción integral implica que todos los derechos humanos están interrelacionados, son interdependientes y universales. Según la Declaración y Programa de acción Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993) el derecho a la salud implica *universalidad, indivisibilidad, integralidad, imprescriptibilidad, irrenunciabilidad, inalienabilidad, inviolabilidad y progresividad*. En este sentido *“la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y que, todo ser humano, tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”*²⁸.

Asimismo es importante destacar que el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a “estar sano/a”, ya que el derecho a la salud entraña libertades y otros derechos. Libertades vinculadas a la libertad sexual y reproductiva, el derecho a atender y controlar la salud y el cuerpo, derecho a no padecer injerencias, a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales, el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Específicamente con respecto a la salud sexual y la salud reproductiva, las mismas son reconocidas en la actualidad, como ejes fundamentales en el campo de la salud. No obstante, este reconocimiento es reciente y gradual. Encuentra su origen en las rei-

27. CIPD 4.27

28. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de NNUU, Observación General N° 14 Art. 12 del PIDESC.

vindicaciones de los movimientos feministas a partir de la década del sesenta acerca de los derechos sexuales y reproductivos, con aportes de otros movimientos (especialmente aquellos relacionados con la diversidad sexual). Las luchas de más de tres décadas de movilizaciones, investigación académica y construcciones teóricas, fueron recogidas en varias conferencias internacionales de derechos humanos.

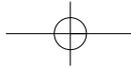
Es precisamente en la Conferencia del Cairo donde comienza a promoverse en el escenario político internacional, un cambio de paradigma: la salud reproductiva y los derechos reproductivos se constituyen como nuevos horizontes hacia los cuáles los Estados deben dirigir sus políticas. Asimismo, la CIPD de El Cairo plantea también un nuevo enfoque respecto a lo que fueron las anteriores conferencias de población, centradas en aspectos demográficos, para incorporar otras dimensiones como la salud, la promoción de los derechos y la educación.

El reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos fundamentales insta a los Estados a ofrecer todas las garantías necesarias para el pleno ejercicio de los mismos, y a promover en la ciudadanía la toma de decisiones autónomas al respecto de su sexualidad y su vida reproductiva. Autonomía que debe ser propiciada y asegurada a través de acciones concretas y asignación de recursos que tiendan a garantizar la capacidad de ejercicio de los derechos. Es decir, si bien la CIPD plantea un compromiso para los Estados firmantes, los derechos sexuales y los derechos reproductivos aún son un campo en construcción y un escenario de lucha y reivindicación, en tanto no obliga a la apropiación plena que supondría su traducción en leyes nacionales. *“Las Conferencias Internacionales son marcos normativos (no vinculantes), y fundamentalmente éticos que deberían orientar el accionar de los Estados en su rol de garante de los derechos humanos para todas las personas sin discriminaciones de ningún tipo. Son acuerdos de consenso internacional que imponen a los Estados, una obligación moral y un compromiso político con los y las ciudadanas, de cumplir con los acuerdos establecidos en ellas.”*²⁹

Es importante señalar que no fue hasta la CMM (Beijing, 95) al año siguiente de la CIPD, donde estos derechos serán trabajados fuertemente. Si bien el tiempo entre las conferencias fue corto, esta aparición más temprana de los Derechos Reproductivos, es un ejemplo más de una tendencia histórica, donde los aspectos reproductivos de la sexualidad han primado o han sido atendidos con anterioridad a los aspectos erótico – placenteros.

En este marco, el paradigma de la salud reproductiva, como parte fundamental de la salud integral, implica una ampliación de las concepciones que plantean la reducción de la salud reproductiva a aspectos vinculados a la planificación familiar, el cuidado materno – infantil, y la atención ginecológica. El enfoque de salud reproductiva supone el reconocimiento de los sujetos en sus diferentes dimensiones interrelacio-

.....
29. López, A. (2005): “Consideraciones conceptuales”. En: *“Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay; un estudio retrospectivo (1995 – 2004)”*. Montevideo: Publica Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología UDELAR – UNFPA. Pág. 33

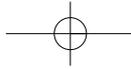


nadas e indivisibles, atendiendo no sólo los aspectos biológicos, sino también los psíquicos – afectivos, los sociales, los económicos, los políticos, los culturales y ecológicos. Implica el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos, portadores de derechos sexuales y reproductivos que deben ser promovidos y garantizados. Se trata de incorporar la salud reproductiva a un modelo de salud donde los sujetos sean protagonistas, tomando decisiones en lo referente al cuidado de su salud y desarrollo, que propendan a su bienestar general. Se propone revisar modelos de salud que colocaban las decisiones casi exclusivamente en manos de las/os profesionales del sector, que construían políticas de salud a partir de criterios casi exclusivamente epidemiológicos, y que reducían la salud a aspectos fundamentalmente biológicos.

La salud sexual, definida como parte integral de la salud reproductiva, supone el disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Supone el desarrollo de una vida sexual plena, libre de violencia y discriminación e independiente de la reproducción. Esto último resulta fundamental, en tanto la asociación sexualidad – reproducción, supone, además de los reduccionismos antes mencionados, varias exclusiones: se excluye a aquellos sujetos sexuados y portadores de derechos, que no están aún o ya han superado la edad reproductiva y excluye también en general, a aquellas personas cuyas prácticas sexuales, no están asociadas a prácticas reproductivas (por motivo de orientación sexual, o votos religiosos por ejemplo).

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos deben ir acompañados de condiciones que hagan posible su disfrute y goce. En este sentido las conferencias mencionadas recomiendan a los Estados servicios de salud reproductiva donde los/ las usuarios/as tengan derecho a:

- ▶ Recibir una atención de salud accesible, oportuna, apropiada, digna y personalizada.
- ▶ Exigir privacidad
- ▶ Recibir información veraz, oportuna, completa y en lenguaje claro.
- ▶ Elegir habiendo recibido información necesaria.
- ▶ Una actuación protagónica en la toma de decisiones sobre aspectos relativos a su salud, su vida, su cuerpo, su sexualidad.
- ▶ La información u orientación para el ejercicio una sexualidad libre, gratificante, responsable y no condicionada al embarazo.
- ▶ Ser tratada y atendida por los servicios de salud como un ser integral con necesidades específicas, de acuerdo a su edad, actividad, clase social, raza, lugar de procedencia.
- ▶ Recibir del personal de salud un trato digno y respetuoso a su cuerpo, sus temores, sus necesidades de intimidad y privacidad.
- ▶ Una maternidad feliz, deseada, acompañada, libre, decidida y sin riesgos.



En lo que refiere a las/os adolescentes, es importante destacar que los mismas/os tienen necesidades, intereses y demandas específicas en lo que refiere al campo de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. Es responsabilidad y compromiso del mundo adulto y de las instituciones generar las condiciones necesarias para que los/as adolescentes puedan vivir y ejercer sus derechos plenamente.

En Uruguay, si bien se han registrado avances en este campo, aún estamos lejos de incorporar plenamente los derechos reproductivos y menos aún los derechos sexuales. Están vigentes y sin revisión, políticas públicas de salud, educación y desarrollo social, construidas desde marcos teóricos, ideológicos y normativos notablemente reduccionistas respecto a lo planteado en la CIPD, que no incorporan las perspectivas de género y derechos. A su vez, las políticas públicas más recientes en este campo no siempre se enmarcan en el nuevo paradigma y aunque lo incorporan a su fundamentación, no se traducen necesariamente en acciones concretas.

2.5 CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DESTINADOS A ADOLESCENTES

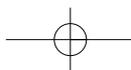
Existen diferentes enfoques sobre calidad de atención en salud, desde aquellos que se basan en parámetros de eficiencia hasta los que se centran en un enfoque de derechos de las/os usuarios.

La calidad de atención de los servicios se expresa en diferentes dimensiones: estructura de los servicios, trato del equipo de salud y personal de los servicios hacia los y las usuarias, habilitación de la participación y el ejercicio de derechos por parte de las/os usuarias/os, diferentes prácticas institucionales, disponibilidad de recursos tecnológicos, sistemas de evaluación, monitoreo y seguimiento, etc., *“el objetivo último de la calidad es conducir a los mejores resultados en salud mejorando la prestación de los servicios para proteger la vida y los derechos (seguridad y respeto) de las y los usuarios. Las deficiencias en la calidad, conducen a menudo a una baja utilización de los servicios, trayendo como consecuencia un impacto negativo tanto por la salud y la calidad de vida de las personas (retrasan la consulta y acuden sólo cuando aparecen las complicaciones) como por los costos que acarrear las complicaciones o el uso inadecuado de los niveles de atención”*³⁰.

La calidad de atención es una condición ineludible para que los programas y políticas de salud puedan solucionar los problemas de salud y cumplir sus objetivos. Según Matamala³¹ la calidad de atención en salud refiere a un conjunto de elementos que engloban aspectos psicológicos, biológicos, sociales, culturales, sexuales, ambienta-

30. Organización Panamericana de la salud. *Cómo influir en políticas favorables a la equidad de género en los sistemas de salud: hacia la definición de estrategias de incidencia política. Guía Metodológica*. Unidad de Género, Etnia y Salud. Washington, 2005.

31. Matamala, María Isabel et al. *Calidad de la atención, género: salud reproductiva de las mujeres*. Santiago de Chile, Ed. COMUSAMS, ACHNU, 1995.

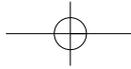


les, etc., implica superar el enfoque biologista y medicalizador hegemónico de los servicios de salud y adoptar la concepción de salud integral.

Para una mejora en la calidad de atención de los servicios se debería lograr³²: que el diseño de los servicios y programas incorporen la perspectiva de género, derechos y diversidad, que brinden información en forma oportuna, clara, garantizar servicios seguros, accesibles, proteger los derechos de usuarias/os, brindar medicamentos e insumos como métodos anticonceptivos de calidad y con continuidad y universalidad, asegurar una atención de seguimiento adecuada, brindar espacios de formación permanente para los equipos de salud, contar con sistemas de evaluación, monitoreo y seguimiento.

Tal como se dijo anteriormente, las y los adolescentes tienen necesidades, intereses y demandas específicas en lo que refiere al campo de la sexualidad y la SSR por lo cual los servicios de salud también deben incluirlas para realmente contar con calidad en la atención. Diversos autores/as han hablado de los servicios de salud “amigables” para adolescentes, refiriendo a servicios que incluyan una atención especializada en esta etapa de la vida con características adecuadas a ellos/as y a atender sus demandas y necesidades específicas, garantizando confidencialidad, privacidad, fácil acceso y que cuenten con un equipo de salud especializado.

.....
32. Ministerio de Salud de Brasil: Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer. Principios y Directrices, Brasil, 2004.



Metodología

3.1 APORTES DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Los estudios cualitativos hacen un aporte medular y específico al campo de las investigaciones en general como al del diseño y elaboración de políticas públicas y sus respectivas estrategias de monitoreo y seguimiento.

Generan datos de importancia teórica y no de representatividad numérica, es decir, la investigación cualitativa permite la producción de conocimiento y de teoría. Sus resultados dan cuenta de procesos de relaciones sociales y sus significados, o sea los hallazgos son una interpretación “negociada” con el sujeto de la investigación, quien aporta la información en forma limitada, realizando un recorte a partir del recorte propio del investigador/ a generado por ejemplo en base al diseño del instrumento. La investigación cualitativa aporta un conocimiento contextualizado socioculturalmente e historizado que apunta a brindar una descripción densa de la realidad. Los datos adquieren significado y sentido en esa contextualización, hay reconocimiento de la complejidad, diversidad y heterogeneidad de lo social.

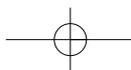
La perspectiva *emic*, aporta en la investigación cualitativa la perspectiva de los sujetos versus la perspectiva *etic* que tiene que ver con el investigador/ a; “*su aporte fundamental se sustenta en la recuperación de la perspectiva de los sujetos, en su vivencia de los acontecimientos, en los sentidos que éstos adquieren, en las estructuras discursivas que dan cuenta de visiones de mundo de las cuales son portadoras, en un determinado momento biográfico que es al mismo tiempo socio - histórico y cultural*”³³.

Los estudios cualitativos señalan la intervenculación de los hechos y la teoría, y entre los hechos y los valores, las ideologías. La teoría puede construir un hecho, los discursos normatizan y construyen realidad.

El conocimiento producido es un conocimiento implicado desde el investigador/a y tiene intrínseco un análisis ético.

En suma, los estudios cualitativos son un entramado complejo; “*conjuntamente con los insumos que provienen de la investigación cuantitativa (que permiten conocer la*

.....
33. López, A (2006): Proyecto Género y Generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I. Edit. Trilce, Montevideo. Pág.16.



magnitud, distribución y evolución de determinados fenómenos en una sociedad), la investigación cualitativa produce un conocimiento que permite comprender (y no explicar) los por qué de estos fenómenos desde la perspectiva construida por sus principales protagonistas y/o destinatarios, las personas. Se adentra en el mundo de los significados para permitir una descripción densa sobre la realidad subjetiva, social y simbólica. De allí su aporte enorme a la toma de decisiones en políticas públicas³⁴.

3.2 DISEÑO METODOLÓGICO

En función de los objetivos del estudio se propuso un estudio cualitativo de tipo descriptivo. Las técnicas utilizadas para la recolección de la información fueron la entrevista semiestructurada, la observación directa y la revisión documental.

El trabajo de campo se realizó entre los meses de agosto de 2005 a octubre de 2006.

Se definieron criterios para la elección de los servicios de salud y criterios para la captación de adolescentes a ser entrevistados/as.

3.3 DESCRIPCIÓN DEL CRITERIO DE ELECCIÓN DE LOS SERVICIOS

El departamento de Montevideo tiene una población de 1.344.839 habitantes³⁵. La cobertura asistencial del 40% de esa población es brindada por el Ministerio de Salud Pública a través de servicios de distinto nivel de complejidad.

El criterio utilizado para seleccionar los servicios fue el siguiente:

- ▶ Que representaran la cobertura asistencial del sub. sector público.
- ▶ Que fueran servicios que trabajaran desde el Primer Nivel de Atención.
- ▶ Que asistieran a población adolescente en situación de embarazo de distintos barrios de Montevideo.

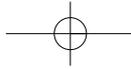
De acuerdo a lo antedicho se seleccionaron los siguientes centros: Servicio de Adolescentes del Centro de Salud del Cerro, Servicio de Adolescentes de la Intendencia Municipal de Montevideo, Policlínica de Adolescencia del Hospital Pereira Rossell.

Si bien el Hospital Pereira Rossell no es un servicio del primer nivel de atención, en el mismo funciona la policlínica de atención a adolescentes con carácter de primer nivel. A su vez se lo seleccionó por ser la mayor maternidad del país y principal centro de referencia nacional.

Los servicios seleccionados están situados en los barrios Tres Cruces, Cruz de Carrasco y Paso Molino, atendiendo también a población proveniente de las zonas limítrofes. En el caso del CHPR asiste también a población proveniente del interior del país.

.....
34. Ídem, pág. 16

35. INE, Censo de población, 1996



3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se utilizaron las siguientes técnicas:

1. Análisis documental
2. Observación en salas de espera
3. Observación en consultorios ginecológicos
4. Observación en Cursos de preparación del parto³⁶
5. Observación de las Relaciones Interpersonales
6. Entrevistas a técnicos/as y directores/as
7. Entrevistas a los y las adolescentes que consultan por el embarazo.

1. Análisis documental

Consistió en la selección y sistematización de antecedentes nacionales en relación a estudios sobre adolescentes embarazadas usuarias del sistema nacional de salud. Se relevó documentación elaborada por el MSP e investigaciones realizadas por la Universidad de la República y por las organizaciones de la sociedad civil sobre la temática³⁷.

2. Observaciones en sala de espera, consultorios ginecológicos, cursos de preparación del parto y relaciones interpersonales

Se realizaron observaciones en los tres centros seleccionados, mediante una pauta predeterminada para cada caso.³⁸ Se propuso la observación como técnica para recoger información sobre la dinámica de funcionamiento cotidiano, las relaciones interpersonales, el tipo de comunicación establecida, la privacidad de la consulta, la organización del espacio y del tiempo, etc. Una vez finalizada la recolección de información a través de esta herramienta, la misma se sistematizó a partir de los datos consignados en cada instrumento elaborado.

Para poder realizar las observaciones se solicitó autorización a las autoridades de los servicios.

3. Entrevistas a técnicos y directores/as de los servicios

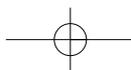
Para la selección de la muestra de informantes calificados, en cuanto a técnicos, se utilizaron los siguientes criterios: desempeñar funciones en el servicio para adolescentes, incluir mujeres y varones, contemplar la diversidad de profesionales que trabajan en los servicios (ginecólogos/ as, enfermeros/ as, parteras, psicólogos/ as y asistentes sociales). Se decidió entrevistar dos por centro a investigar.

Respecto a los/as directoras, se decidió entrevistar a las autoridades de los tres centros a investigar.

.....
36. Las observaciones directas a los cursos de preparación del parto no se realizaron ya que en las dos Policlínicas investigadas no se relevaron este tipo de servicios.

37. Ver anexos

38. Ver anexos



Se confeccionó una pauta de entrevista con los siguientes tópicos: objetivos del servicio en general y del servicio para adolescentes en particular, descripción de las adolescentes embarazadas usuarias y sus parejas, vivencias de las adolescentes en relación a su embarazo, expectativas, necesidades y demandas de las/os adolescentes usuarios, lo que encuentran y lo que no encuentran en el centro, respuesta del servicio a las necesidades de las embarazadas, barreras de acceso, fortalezas y debilidades del servicio, ideal de consulta en la cual se abordaría integralmente la salud de las mujeres y varones adolescentes que consultan por su embarazo, percepción acerca de la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las/os adolescentes usuarios, acciones del servicio en salud reproductiva dirigidas a la población masculina, valor de la maternidad y la paternidad para ellos, acciones que desarrolla el centro para la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos, desafíos del servicio en lo que respecta a la atención a adolescentes que consultan por su embarazo.

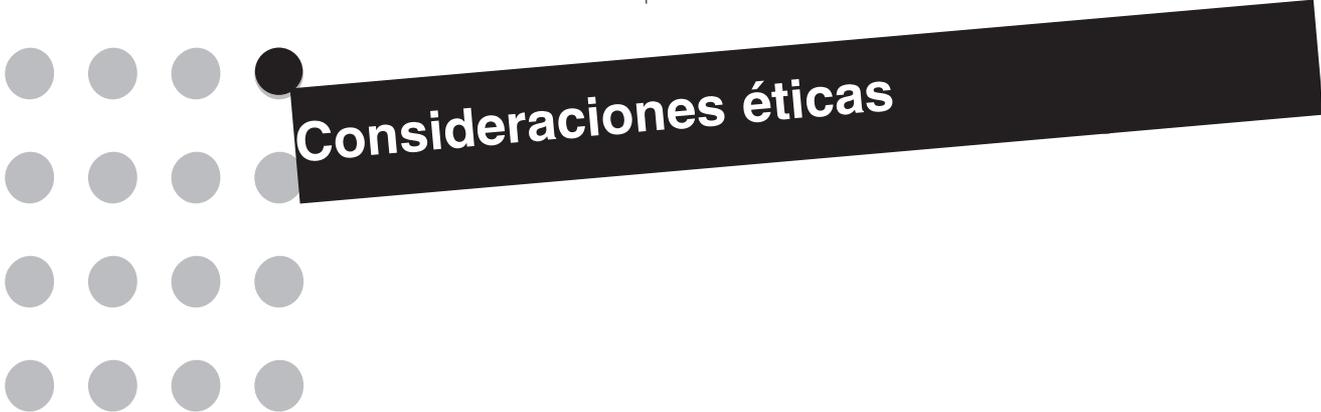
4. Entrevistas a las/los adolescentes usuarios de los servicios de salud

Se seleccionaron adolescentes varones y mujeres de entre 12 y 18 años que consultaran por el embarazo, en su 1ro, 2do o 3er mes. La estrategia de captación de las/os adolescentes fue abordar a quienes estuvieran presentes en las salas de espera de los servicios seleccionados. Las entrevistas se realizaron en las mismas salas de espera.

Se confeccionó una pauta de entrevista con los siguientes tópicos: noticia del embarazo y reacción, planificación de la gestación, posibilidad de interrumpir el embarazo, uso de métodos anticonceptivos, atención en el servicio (tiempo, acceso, vivencias, lo que más le gusta y no, etc.).

Se realizaron diecinueve entrevistas, dieciséis adolescentes del sexo femenino y tres del sexo masculino, de entre 14 y 18 años de edad.

El primer paso para el análisis e interpretación de las entrevistas consistió en la desgrabación y transcripción literal de las mismas. El segundo paso fue la identificación y síntesis de los grandes temas mediante la creación de códigos que se correspondrán con los tópicos de las pautas de entrevista, es decir se procedió a realizar la codificación. Así se agruparon en códigos los tópicos correspondientes a las entrevistas de las/os adolescentes por un lado y los códigos de los tópicos de las entrevistas a técnicos/as y directores/as por otro. Luego se sistematizaron los grandes temas y se analizó toda la información identificando ideas fuerza. En función del recorrido señalado se construyeron las dimensiones del análisis.



Consideraciones éticas

Se implementó una estrategia de presentación del proyecto dirigida a los/as actores involucrados/as, a los efectos de dar a conocer la propuesta, explicar las características del trabajo de campo y solicitar su apoyo y participación en el mismo.

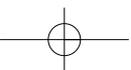
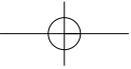
Para el caso de los centros de salud, se tomó contacto telefónico y personal con las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de la Intendencia Municipal de Montevideo, para lo cual se elaboró un resumen del proyecto. Se solicitó la autorización para realizar el mismo e implementar el trabajo de campo, dando a conocer los aspectos éticos a ser tomados en cuenta por el equipo de investigación.

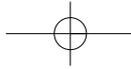
Se elaboraron dos cartas de compromiso ético y manejo confidencial de la información, una dirigida a las usuarias/os y otra dirigida a los técnicos/as que eran entregadas a cada entrevistado/a antes de comenzar la entrevista.

En dicha carta se presentaba el proyecto y se explicitaba que las signatarias de la misma asumían el compromiso formal de que el uso de la información aportada tanto por la documentación brindada como por la recogida a través de los distintos instrumentos en el trabajo de campo, sería de estricta reserva y uso a los fines del proyecto de investigación, bajo los criterios éticos de la confidencialidad y anonimato.

En el caso de los técnicos/as se solicitaba autorización para grabar la entrevista para un mejor tratamiento de la información, expresando que la misma sería luego desgrabada para su transcripción y análisis por parte del equipo de investigación. Asimismo, se puntualizaba que la información brindada no determinaría intervenciones sobre las realidades individuales, administrativas y/o institucionales.

Finalmente, se planteaba que los resultados del Proyecto serían recogidos en el Informe final que incluiría recomendaciones tendientes a mejorar la calidad de atención de los y las usuarias y el funcionamiento de los Centros, el cual sería difundido entre los distintos actores involucrados/as.





Análisis de los resultados

5.1 CONTEXTO POLÍTICO E INSTITUCIONAL COMO TEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Resulta necesario contextualizar los resultados obtenidos en el marco del escenario político e institucional de los servicios analizados; *“el contexto no solo enmarca una realidad para su mejor comprensión, sino que produce las formas que toma esa realidad, desde la perspectiva de cada actor. En tal sentido, el contexto produce y cobra relevancia de texto en el proceso de la investigación”*³⁹.

La presente investigación se realizó en el marco de un cambio de gobierno nacional y departamental. La primera etapa de presentación del proyecto coincidió durante el mes de marzo de 2005 con el cambio de gobierno nacional y su repercusión durante los siguientes meses en las designaciones de nuevas autoridades en cada uno de los ministerios. En el mes de mayo se realizaron las elecciones municipales, con las mismas repercusiones a nivel de las autoridades.

Como se mencionó en el capítulo introductorio de esta publicación, en el 2005 se inició la Reforma del sector salud (RSS) hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y se crearon los Programas Prioritarios. Asimismo se planteó la voluntad política de integrar el enfoque de género en las políticas públicas de salud.

En lo que respecta a la IMM, importa subrayar el escenario de transformaciones de los servicios de adolescentes con el nuevo período de gobierno.

Coyuntura de los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP)

Dos de las tres policlínicas investigadas pertenecen al MSP y dependen de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

La policlínica de adolescentes del CHPR, depende del Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi, mayor maternidad del país. Dicha policlínica es una policlínica del primer nivel de atención que funciona en un hospital de 2do y 3er nivel. En la misma estructura edilicia funcionan varios servicios dirigidos a las mujeres adultas y niñas incluyendo la maternidad de adolescentes. La policlínica del Centro de Salud de la Cruz de

39. López Gómez, A; Benia, W; Contera, M; Güida, C (2003): *Del Enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva*. Cátedra Libre salud reproductiva, sexualidad y Género. Facultad de Psicología/UdelaR, Fundación Mexicana para la salud. Rosgal. s.a. Montevideo, Uruguay. Pág. 43.



Carrasco es una policlínica que corresponde al primer nivel de atención y por tanto atiende a las adolescentes embarazadas hasta el momento del parto, en el que se derivan a la Maternidad del Centro Hospital Pereira Rossell.

Coyuntura de los Servicios de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM)

Los servicios para adolescentes se enmarcan en un convenio con la División Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo.

En el año 1994, en el marco de la descentralización municipal, a partir de la demanda organizada de vecinos, la División Salud de la IMM, de donde dependen todas las policlínicas municipales, prestó el lugar físico para los espacios adolescentes en convenio con una ONG del Zonal 14. Para la conformación del equipo técnico se realizó un llamado público, resultando un equipo integrado por personal municipal y personal contratado. El mismo fue sostenido por una financiación de la Fundación Kellog. Esto tuvo lugar en la primera administración del Frente Amplio en Montevideo (1989 – 1994). En la segunda administración del gobierno (1994 – 1999), asume una Dirección de Salud con distintas características. La atención de salud hacia adolescentes se gestiona con un representante por la Secretaria de la Juventud (en donde se enmarca el Programa Adolescentes de la IMM), un representante por la Secretaria de la Mujer y un representante por la División Salud.

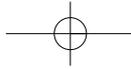
Diez años más tarde se cuenta con 19 policlínicas municipales distribuidas en los 18 Centros Comunales Zonales, pero solamente en dos de las mismas funciona un espacio y horario específico de atención a la salud sexual y salud reproductiva de los adolescentes: La Teja y Parque Bellán. En el mismo continúan interviniendo la División Salud y la Secretaría de la Juventud, y cuenta con personal municipal y contratado, bajo la coordinación de una misma persona que desempeña tareas técnicas y de coordinación simultáneamente. El servicio de ginecología de atención a adolescentes embarazadas, se brinda solamente en Parque Bellán.

5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ENTREVISTADA

La población adolescente seleccionada para este estudio, usuarias/ os del subsector público del departamento de Montevideo, pertenece al estrato socioeconómico bajo. Presenta características de residencia en la periferia urbana de la capital, viviendas precarias, acceso a la mayoría de los servicios públicos a partir de vías adecuadas y servicios de transporte.

Citando los planteos de la economista Amartya Sen, la pobreza no se refiere solamente al ingreso, aunque el ingreso es una parte importante de ella; *“la gente pobre generalmente carece de acceso a recursos como la educación, la tierra, la salud, la justicia, el apoyo familiar y de la comunidad, el crédito y otros recursos productivos, una voz en las instituciones- todo lo cual es causa y agrava sus bajos ingresos”*⁴⁰.

.....
40. www.ippf.org



Sexo y edad de las y los entrevistados

Sexo	Femenino		Masculino	
	16		3	
Edad	14 años	1	14 años	
	15 años	1	15 años	
	16 años	6	16 años	
	17 años	2	17 años	
	18 años	4	18 años	1
	19 años	1	19 años	1
	20 años	1	20 años	
	22 años	1		
Total	16 entrevistadas		3* entrevistados	

*Nota: Notoriamente el número de entrevistados varones es menor que las entrevistadas mujeres debido a que no solían encontrarse en la sala de espera.

Escolaridad de las adolescentes embarazadas y sus parejas

La mayoría de las adolescentes embarazadas ha tenido acceso a estudios primarios. A pesar de lo antedicho, el mayor número de las entrevistadas contaba con el ciclo básico de estudios secundarios incompleto. Todas las entrevistadas habían suspendido los estudios y al momento de la entrevista se encontraban desescolarizadas. Predominan estudios básicos sin ninguna calificación para el empleo. La mayoría de ellas dejaron sus estudios antes de quedar embarazadas.

El caso de los varones es exactamente a la inversa. El nivel educativo es sustancialmente inferior, predominando la primaria incompleta pero con calificación para el empleo en oficios que le reportaban algún ingreso económico (construcción, policía, etc.).

Por tanto, la mayoría de las adolescentes embarazadas entrevistadas no estudiaba ni trabajaba, lo que generaba dependencia económica respecto a sus parejas y/o familiares. Estos resultados concuerdan con lo que plantean algunos de los investigadores de la región, quienes expresan que "la incidencia de la fecundidad en la adolescencia es bastante diferente según el nivel de escolaridad alcanzado, siendo más elevada en mujeres sin escolaridad y de baja educación. Cuando las adolescentes alcanzan un nivel de escolaridad mayor disminuyen significativamente los embarazos"⁴¹. La inasistencia escolar, el retiro temprano de las instituciones escolares o el rezago escolar forman parte de un conjunto de factores que agravan la vulnerabilidad de adolescentes de sectores sociales pobres.

41. UNFPA (2004): Diagnóstico sobre Salud sexual y Reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe, pág. 29



Grupo familiar de las adolescentes embarazadas entrevistadas

Si bien este punto no fue especialmente preguntado, de las distintas entrevistas se desprende que las adolescentes embarazadas permanecen en sus hogares de origen o se vinculan a las familias de sus parejas. En ambos casos modifican las unidades familiares nucleares por familias extensas o, cuando ya lo son las amplían. Las figuras femeninas: madres, suegras, hermanas, tías, amigas, siguen siendo las personas de referencia para las adolescentes. Esto se observó fundamentalmente en la concurrencia a las consultas, en donde mayoritariamente las adolescentes se encontraban en la sala de espera solas o acompañadas de las figuras femeninas mencionadas. Las mismas también están presentes en los discursos de las entrevistadas *“Mi tía me decía que por los síntomas podía estar embarazada”*. *“Me hice un test de embarazo en casa y mi hermana por las dudas me llevó a la policlínica”*. *“... Me hice un test de embarazo. Me lo hice en casa con mi madre”*. Podría plantearse por tanto que en esta población en particular la concepción de la maternidad como rol y responsabilidad inherente a las mujeres continúa vigente. Los varones no se encuentran prácticamente en la sala de espera.

Situación de pareja de la adolescente embarazada

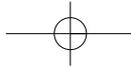
Respecto a los vínculos con el progenitor del futuro hijo, la mayoría mantienen vínculos de pareja mientras algunas no mantienen ningún vínculo. De acuerdo al planteo que se realiza en prácticamente todas las entrevistas, esta “estabilidad de pareja” se mantiene solo durante el proceso de embarazo y el primer año de vida del bebé siendo luego abandonadas por parte de los varones. Al decir de uno de los entrevistados:

“En general la mayoría tuene pareja....el gran porcentaje de edades de las parejas va entre los 20 y 30 años. Son muy pocas las que tienen parejas adolescentes”.

Este dato se corresponde con el estudio realizado por Varela (referenciado en la publicación “Diagnóstico sobre Salud sexual y Reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe” del Fondo de Población de las Naciones Unidas), quien plantea que sólo el 18% de los padres son adolescentes, siendo que ninguno era menor de 15 años. Esta diferencia de edades implica una clara asimetría en el vínculo que se expresa en relaciones desiguales de poder como por ejemplo a la hora de decidir tener o no tener hijos. Lo ante dicho se retomará con citas concretas de respuestas de las adolescentes en el capítulo referido a la planificación de la maternidad.

Número de hijos/ as de las gestantes

De las adolescentes entrevistadas, casi en su totalidad son gestantes por primera vez, sólo dos de ellas cursaban su segundo embarazo.



5.3. DIMENSIONES DEL ANÁLISIS

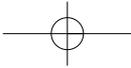
Las dimensiones del análisis se centraron en los puntos de vista de los sujetos de la investigación: los/as adolescentes usuarios/as y los equipos técnicos de los servicios de salud.

Con los/as adolescentes entrevistados/as se indagaron las siguientes áreas que permitieron definir los campos de integración y organización de los resultados:

1. Noticia del embarazo y reacción.
2. Planeación de la gestación. Posibilidad de interrumpir el embarazo.
3. Uso de métodos anticonceptivos (de quién recibió información, si piensa usar algún método anticonceptivo después)
4. Tiempo de atención en el servicio, asistencia al control prenatal y a cursos de preparación del parto.
5. Cómo llegó y por qué se atiende allí.
6. Posibilidades de acceso geográfico al servicio.
7. Vivencias con relación al servicio. Adecuación del servicio a las necesidades de las adolescentes embarazadas y sus parejas.
8. Lo que más gusta del servicio.
9. Lo que menos gusta o cambios que necesitarían o propondrían al servicio.
10. Características del servicio ideal para adolescentes.
11. Proyecto de vida, vida con proyectos.

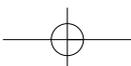
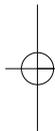
Con los equipos técnicos se indagaron las siguientes áreas:

1. Objetivos del servicio y objetivos del servicio dirigido a adolescentes
2. Visión del embarazo en la adolescencia, causas del mismo.
3. Descripción de las adolescentes embarazadas usuarias de este servicio y de sus parejas. Vivencia de estas/ os adolescentes en relación a su embarazo.
4. Expectativas, necesidades y demandas de las/ os usuarias.
5. Lo que encuentran y lo que no encuentran estas y estos adolescentes en el centro. Respuesta del servicio a las necesidades de la adolescente embarazada usuaria.
6. Barreras de acceso de las y los adolescentes al servicio
7. Fortalezas y debilidades del servicio
8. Ideal de consulta en la cual se abordaría integralmente la salud de las mujeres y varones adolescentes que consultan por su embarazo
9. Percepción acerca de la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las y los adolescentes que se atienden en este servicio.
10. Acciones del servicio en salud reproductiva dirigidas hacia la población masculina.
11. Valor de la maternidad y la paternidad en las y los adolescentes.
12. Acciones que desarrolla el centro para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población usuaria



13. Desafíos del servicio en lo que respecta a la atención a adolescentes, especialmente las y los que consultan por un embarazo.

Finalmente se integran la perspectiva de los y las adolescentes con la de los técnicos en salud analizándose coincidencias, discrepancias, fortalezas, debilidades y oportunidades.





Resultados obtenidos⁴²

6.1 ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS/OS ADOLESCENTES

Noticia sobre el embarazo y reacción frente a la misma

La gran mayoría obtuvo la noticia de su embarazo en su casa, a través de un test o prueba de embarazo que compraron en farmacias a partir de la constatación de la interrupción del período menstrual o por la presencia de otros síntomas (vómitos, mareos, etc.). Una minoría acudió directamente a los servicios de salud.

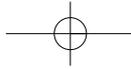
Muchas adolescentes utilizan la expresión “me enfermé”, “enfermar” para referirse al período menstrual. Esta asociación entre menstruación – sangre – enfermedad, pervive en el imaginario de las adolescentes atribuyendo connotaciones negativas a un fenómeno natural que nada tiene de patógeno.

En cuanto a la reacción de las adolescentes se plantean diversas respuestas, pero en todas predomina sentimientos ambivalentes frente a la gestación, tales como complacerse y al mismo tiempo sentir insatisfacción con la idea del hijo/ a que esperan, sentir que es una opción personal y al mismo tiempo temor a ser cuestionada, juzgada, rechazada por sus padres. Las jóvenes se repiten a si mismas y expresan a otros/as que están muy contentas, felices con la llegada del hijo/ a pero a pesar de ello aparecen en el discurso lapsus, frases que contradicen lo dicho, actitudes, sentimientos que dan cuenta de otros sentimientos: rabia, vergüenza, tristeza, miedo, indiferencia, preocupación frente al “qué dirán” los familiares, entre otros.

Algunas de las adolescentes lo manifestaron expresando:

“Me aparecían miles de cosas en la cabeza... Empezamos a hablar con mi novio, a ver a quién le decíamos primero, a sus padres o a mis padres. Al final nunca les dije, se enteraron solos (se ríe) por la panza. No me daba, no quería decirles, no era por miedo. Ya iba a empezar mi mamita... que tenía 16 años, que porqué no te cuidaste, no quería pasar por eso, yo estaba re contenta... Porque para mi no me estaba arruinando la vida. Yo estaba contenta porque tenía algo mío.... Me asusta el parto, pero tener el bebé me

.....
44. A lo largo de este apartado los servicios de salud en donde se realizó el trabajo de campo serán nombrados como servicio 1, 2 y 3, con el objetivo de realizar un manejo confidencial de la información tal como fue planteado.



encanta. Y mi pareja está chocho... pero tampoco me interesaría si le importa o no”.

“Bien, pero me puse re nerviosa y me asusté”.

“Todavía no lo puedo creer, entendió más ella que yo... Expresa la amiga que la acompaña “ella no cayó todavía”

“Yo ya quería...y cuando pintó, bueno, bienvenido sea...”

“Reaccioné bien, no lo estaba buscando pero me vino... bien... “

“Cuando supe lo tomé normal. No fue buscado, apareció, pero estoy feliz”.

“No sé... no, al principio no lo quería. En realidad porque tenía miedo, porque tuve la cesárea en el primer embarazo y dije: ah, me mata!... vos viste que dicen que tenés que esperar dos años y eso... la otra bebé tenía dos meses cuando me enteré, era muy chiquita.

Al decir de la psicóloga Sofía Rastrepo *“reconocer algunos efectos reales de la gestación y la maternidad, como el cansancio, la rabia, los malestares físicos y demás, van en contra del rol materno socialmente asignado a la mujer”.* En este sentido es importante diferenciar, como ya lo han hecho numerosos autores entre reproducción y maternidad, ya que la primera alude al orden de la especie y la segunda entra en el orden de la cultura. La maternidad es una función establecida socialmente, concibiéndose aún en la actualidad como una función de la mujer donde a través de esta, alcanza su realización y adultez. Desde esta perspectiva, *“la maternidad da sentido a la femineidad; la madre es el paradigma de la mujer... la esencia de la mujer es ser madre”*⁴³

Planificación de la gestación.

De las 16 entrevistadas, solo 5 habían planificado su embarazo, a continuación se citan algunos testimonios:

“Estoy feliz, por suerte. Contenta, él también. Él estaba chocho. Ahora como se va para el Congo, él lo quería y tá. Ahora el 26 de octubre se va para el Congo y el bebé nace el 17 de agosto. Voy a pasar 9 meses sola con ella. Tengo a mi madre, a mis hermanas”.

“...yo dejé de tomar pastillas porque mi pareja quería tener un hijo... dejé de cuidarme y me costó como 4 o 5 meses. Y ahí iba a empezar a tomar pasti-

43. Fernández, A. Ma (1994): *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres.* Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina Pág.161.

*llas de nuevo y empecé con nauseas y vómitos, me hicieron una ecografía y estaba de 2 semanas. Yo quería saber que tenía y vine, capaz que podía tener alguna enfermedad o algo y acá me hicieron la ecografía. **¿Tú querías quedar embarazada? Porque me dijiste que tu pareja quería, ¿y vos? Yo al principio no quería porque era muy joven, entonces después entramos en acuerdo y ahí fue cuando dejé de tomar pastillas...***

En ambas situaciones el deseo aparece colocado en el varón. Muestran un discurso ambivalente; por un lado decidieron quedar embarazadas porque ellos querían pero por otro existió un acuerdo en la pareja que las decidió a aceptar el pedido. Cabe preguntarse cómo fue la negociación con la pareja, cómo estaba distribuido el poder para decidir, qué nivel de libertad tenían ambas adolescentes y si conocían sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos especialmente el derecho a decidir si tener o no tener hijos y cuándo tenerlos.

Cabe señalar que ambas adolescentes están en pareja con hombres jóvenes (mayores de 18 años) y por tanto hay una clara relación asimétrica en el vínculo. Por lo general, la gran mayoría de los padres de los hijos/as de las madres adolescentes no son adolescentes; se observaron marcadas diferencias de edad entre ambos progenitores⁴⁴. Según algunos autores esta situación se “asocia con inequidades de género vinculadas a un contexto sociocultural que asigna comportamientos de nupcialidad, sexualidad y reproducción distintos en hombres y mujeres⁴⁵”.

Las adolescentes entrevistadas planteaban que si bien no estaban buscando quedar embarazadas, no usaban ningún método anticonceptivo para evitar un posible embarazo.

Posibilidad de interrupción del embarazo o aborto inducido

El aborto inducido es una respuesta a un embarazo no deseado. No todo embarazo no planificado es embarazo no deseado. Como se ha citado en párrafos anteriores la gran mayoría de las jóvenes no planificó su embarazo pero en cambio muchas de ellas luego de la noticia desearon tener el hijo/ a.

En Uruguay el aborto inducido es ilegal, incrementando los riesgos en la salud de las adolescentes que recurren clandestinamente a este.

La posibilidad de interrumpir el embarazo no deseado, no aparece como una opción posible en la mayoría de los casos. Solo dos de las jóvenes explicitó esa posibilidad, descartándola inmediatamente por el desconocimiento de información al respecto. Analizando las entrevistas se puede plantear que el tema aún sigue siendo tabú. Asimismo es notorio el desconocimiento que existe en esta población con relación al

44. UNFPA: Diagnóstico sobre Salud sexual y Reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. 2004

45. UNFPA: Diagnóstico sobre Salud sexual y Reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. 2004 Pág. 20.

derecho a recibir asesoramiento pre y post aborto en el marco de normativa ministerial⁴⁶. Este asesoramiento es brindado por profesionales de la salud a los cuales se les puede solicitar información y/ o consultar dudas acerca de la posibilidad de interrumpir el embarazo.

Ejemplificando lo ante dicho agregamos la respuesta que dio una joven usuaria luego de la siguiente pregunta: *¿Cual fue tu reacción cuando supiste que estabas embarazada?*

*“No sé... no, al principio no lo quería. No, porque en realidad porque tenía miedo, porque tuve la cesárea en el primer embarazo y dije: ah, me mata!... vos viste que dicen que tenés que esperar dos años y eso... A la otra bebé tenía dos meses cuando me enteré, era muy chiquita. **¿Interrumpir el embarazo?** Si, lo dije... pero no hice nada, fue más diciéndolo que... Además que lo decía por decir si... si los niños... ahora ya, la nena y el varón y ta... “*

Otra de las entrevistadas (17 años) expresa:

“No fue buscando. Pensé en interrumpir el embarazo, una vez. En un tiempo sí, pero, o sea, no, no interrumpirlo, pero ta, decía que no era el momento a veces me pasaba, pero no, nunca averigüé nada, para hacer nada porque de última él no tenía la culpa”.

Entonces al principio no sé, decía que no lo quería y yo que sé, pero después no hay nada que hacer tampoco. Interrumpir el embarazo? Si, lo dije... pero no hice nada...

Se observa también como ante el deseo de interrumpir el embarazo emerge la culpa determinando que ni siquiera se pueda reflexionar sobre esa posibilidad.

Significaciones para las adolescentes del tener un hijo/ a

Si bien este punto no estaba dentro de los objetivos inicialmente definidos resulta pertinente incluirlo ya que se puede inferir de la lectura realizada de las respuestas al cuestionario.

Las múltiples significaciones que para las adolescentes embarazadas significa tener un hijo/ a se pueden sintetizar del siguiente modo:

- ▶ El hijo/ a como pertenencia y compañía: *“Yo estaba contenta porque tenía algo mío”.*
- ▶ El hijo/ a como forma de cumplir con el rol social esperado de la maternidad

48. “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de Protección Materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”. Ordenanza N° 369 de agosto de 2004.

- ▶ El hijo/ a como forma de satisfacer el deseo de la pareja y cumplir con el rol social: *“yo dejé de tomar pastillas porque mi pareja quería tener un hijo...”*
- ▶ Extensión de la pareja
- ▶ El hijo/ a como opción para llenar vacíos afectivos.
- ▶ El hijo/ a como receptor de afecto y protección; alguien a quien dar afecto.
- ▶ El hijo/ a como estímulo que las mueve al cambio, como posibilidad de ofrecer a otro/ otra todo lo que ellas no tuvieron porque no quisieron o no les pudieron dar.
- ▶ Forma de trascender como sujetos.
- ▶ Señal de responsabilidad.
- ▶ El hijo/ a como un regalo, como obsequio que la vida les ofrece y/ o que ellas les ofrecen a otros/ as.
- ▶ El hijo/ a como un proyecto de vida.
- ▶ Castigo y culpa: *“pagar el momento de placer”*.

Uso de métodos anticonceptivos

La gran mayoría de las adolescentes había usado algún método anticonceptivo (MAC) antes de quedar embarazada.

Es necesario reflexionar sobre algunas ideas que aparecían permanentemente en todas las entrevistadas: el uso discontinuo de los métodos con la fantasía de que no van a quedar embarazadas.

“Me cuidaba con preservativo, pero algunos días no”

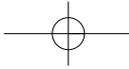
La desconfianza respecto a la efectividad del método, apareciendo el uso de doble método de protección.

“Ese día no usé preservativo o sea que para mí lo que fallaron fueron las pastillas”.

“No fue buscado, apareció, pero estoy feliz. Yo no quiero el aparato porque es tan traicionero. Porque te lo pones, capaz que queda bien y te confías y quedas embarazada de vuelta, no sabes”.

“Usaba preservativo, también usaba las pastillas a lo primero pero las dejé. Y usaba el preservativo pero después no lo usé más”.

Estos aspectos y lógicas referidos al uso de los métodos anticonceptivos pueden vincularse por un lado a los mitos sociales que existen sobre los mismos y por otro a la ambivalencia entorno al deseo de un embarazo, a la omnipotencia propia de la adolescencia y a la lógica de la inmediatez vs lógica de la planificación también propia de esta etapa de la vida.



❖ Prejuicios con relación a los efectos secundarios del uso de métodos:

“Él usaba preservativo. A mí no me gusta cuidarme, no me gusta tomar pastillas... Porque he escuchado que las pastillas te deforman el cuerpo... Entonces es preferible que se cuide él y no cuidarme yo. Si tiene que deformarse alguien, que se deforme él. Después del parto, sinceramente quiero que se cuide él. Mi madre quiere que me ponga el aparato, pero yo que sé, tengo que pensarlo bien. Pienso que lo más seguro es el aparato porque a mi cuñada le dieron esas pastillas para amamantar y quedó embarazada de nuevo”.

Aparece por un lado conocimiento y acceso a MAC (DIU, condón, pastillas), pero por otro un desconocimiento importante respecto al uso y funcionamiento de los mismos, anulando su efectividad y generando embarazos no deseados. No se menciona en ninguna entrevista la posibilidad de la anticoncepción de emergencia, a pesar de que son de venta libre en Uruguay y que están a disposición en algunos centros de salud.

❖ De quién recibió información

Las adolescentes plantean que la información la recibieron en la casa y de figuras femeninas fundamentalmente la madre. Mencionan también en un segundo lugar el liceo y el servicio de salud y/ o el ginecólogo /a.

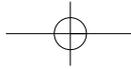
En el caso de los varones, las fuentes de información son variadas (televisión, figura paterna). Se constata que manejan menos información que las mujeres y que no acuden a los servicios de salud en busca de métodos anticonceptivos.

❖ Método anticonceptivo después del parto

Sobre si se piensa usar algún método anticonceptivo después del parto las respuestas oscilan entre la mitad que no sabe qué método usar y quienes se deciden por el dispositivo intrauterino (DIU) o las pastillas anticonceptivas (ACO).

❖ Tiempo de atención en el servicio y asistencia al control prenatal y a cursos de preparación del parto

Prácticamente todas las adolescentes asisten desde que quedaron embarazadas. Sin embargo la concurrencia a los servicios como lugar de asesoramiento, prevención de infecciones de transmisión sexual, etc. no está presente. Esta información se concide con otras investigaciones nacionales que plantean que existe una proporción muy importante de mujeres que acuden a los servicios de salud solo cuando están embarazadas; fruto del modelo materno infantil que focaliza la atención de las mujeres en tanto madres.



Otro dato significativo es la idea en el imaginario de las jóvenes de la calidad y el prestigio del Hospital Pereira Rossell y del servicio de ginecología en particular. Las entrevistadas planteaban que dicha valoración ha sido transmitida por sus madres y/o suegras quienes les recomendaban que tuvieran sus hijos/as en dicha institución.

La mayoría de las adolescentes gestantes asisten al control prenatal con la frecuencia establecida por el equipo de salud. Solo dos de ellas estaban acompañadas de sus parejas.

Los varones reafirman a través de las entrevistas su rol de acompañantes y no de usuarios.

❖ **Posibilidades de acceso geográfico al servicio**

La totalidad de entrevistadas en la policlínica de la Cruz de Carrasco, respondieron que les resulta fácil asistir a la policlínica porque llegan caminando o en ómnibus (contando con frecuencias continuas). Si bien, varias de las adolescentes no vivían en el barrio, sí tenían buena locomoción para llegar. Lo mismo sucedía con las personas entrevistadas en la policlínica Parque Bellán, todas manifestaban que accedían con facilidad a la misma porque viven en el barrio y llegan caminando. Finalmente, de la mayoría de las personas entrevistadas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, solo una manifiesta que le resulta difícil llegar.

❖ **Vivencias con relación al servicio. Adecuación del servicio a las necesidades de las adolescentes embarazadas y sus parejas.**

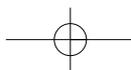
En términos generales, en esta pregunta, la mayoría de las respuestas fueron monosilábicas y/o poco elaboradas. Parece que nunca hubieran pensado en ello y que desconocían sus propias expectativas sobre un servicio de calidad. Por otro lado, podría plantearse que la situación de embarazo genera que la atención esté puesta en su futuro bebé, y no se presta especial consideración a sus propias necesidades y derechos.

Con relación a la atención en los servicios por parte de los funcionarios en general, en los tres servicios aparece malestar con los/ las funcionarios de la recepción responsables de la entrega de números (muy especialmente en uno de ellos) y no en igual proporción con el personal de salud. Asimismo, planteaban quejas con relación a tener que realizarse algunos estudios como por ejemplo las ecografías fuera de la policlínica.

❖ **Lo que más les gusta y lo que menos les gusta del servicio -**

El aspecto positivo más resaltado por las entrevistadas fue la calidez del trato que reciben.

Tuvieron dificultades para identificar lo que no les gusta, pero luego de profundizar la pregunta mencionaron: los tiempos de espera desde que llegan y son atendidos y en la recepción para solicitar número. Pero, muchos de ellos no pudieron identificar



ningún motivo de desagrado. Una de las parejas entrevistadas hizo saber su malestar con el cobro de las ecografías, planteando que por ser un servicio público deberían ser gratuitas. También mencionaron la ausencia de baños para los usuarios en sala de espera.

Servicios	Malestares/ desconformidades	Satisfacciones
Servicio 1	- Tiempo que demoran para ser atendidos (aprox. 2 - 3 horas) - Faltas recurrentes del ecógrafo - Atención de los recepcionistas	-Buen trato equipo de salud.
Servicio 2	-No poder hacerse todos los exámenes de rutina en la policlínica y ser derivados a otros centros.	-Buen trato equipo de salud, espacio para evacuar dudas.
Servicio 3	-Atención sala de espera y tiempo que demoran para ser atendidos.	-Buena atención recibida por parte del equipo de salud. -Mejoras en la estructura edilicia.

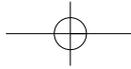
Características del servicio ideal para adolescentes

La mayoría de los/as entrevistadas plantean no saber cómo debería ser un servicio para adolescentes. Una de ellas pone en palabras lo que le sucede al resto de las jóvenes que no supieron: *“me mataste, no sé, tendría que saber cómo son los servicios para adolescentes”*.

Solo dos del total de adolescentes entrevistados manifestaron:

“...me gustaría que sea para todos los que tienen la misma edad. Hoy estamos a la vez con una gurisa de 13 como con una señora de 40, es incómodo, a mí no me gusta”

“Me gustaría que hubiera gente de mi edad, porque a veces las otras no te hacen sentir bien. Te dicen: pero tan joven, porque no te cuidaste, te hacen sentir mal. Porque por ejemplo en mi caso que yo lo busqué no me gusta que me digan eso...hay gente que piensa que si quedas embarazada con 15 años te arruinaste y yo no lo siento así”.



Mientras esta última adolescente estaba narrando esta situación, una de las mujeres adultas que se encontraba a su lado en la sala de espera comentaba en voz alta “lo horrible” que es que las adolescentes se embaracen, confirmando el malestar expresado por la entrevistada.

Cuadro de respuestas por Servicios

Servicio	NS / NPP	Mayor N° personal S.	Horario diferenciado	Cartelera Decoración	Mayor equipamiento
1	****	*	*		
2	*	*		**	**
3	****		*	*	*

Nota: Cuadro de doble entrada donde se comparan las respuestas por centro y por tipo de respuesta. La abreviación INS/ NPP significa no sabe / no planta propuestas.

Proyecto de vida - vida con proyectos

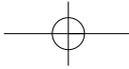
La centralidad del proyecto de vida está relacionada, casi en la totalidad de las mujeres entrevistadas, con el cuidado y educación del hijo que va a nacer y con la permanencia en el hogar. La idea de trabajar y/ o continuar los estudios fueron referidos como proyectos para luego que los hijos crezcan y siempre con la finalidad de darles una vida mejor.

“Quiero ocuparme de mi hijo, de mi casa...a veces que me aburro, ta... pero me gustaría trabajar o algo, pero después que tenga a mi hijo pienso que va a ser distinto...”

Los varones entrevistados manifestaron su intención de trabajar intensamente para llevar dinero a la casa y así mantener a la madre y al futuro hijo/ a. Así lo ilustra el siguiente relato:

“El mío es trabajar, tenerlo bien, que no le falte nada, que no le va a faltar nada... Y ta, y trabajar ahí, tranquilo y que no le falte nada al bebé ni a ella, y no quiero que ella trabaje tampoco, ¿Por qué? Porque no me gusta, para algo estoy yo... si estoy con ella el trabajo se lo voy a dar yo... porque soy el hombre, ella que se encargue de la casa y yo me encargo del laburo y la comida me encargo yo... de la ropa y todo me encargo yo de la plata, ella se encarga de la casa”



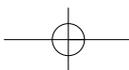


Tanto en los discursos de las adolescentes mujeres como de sus parejas predominó el modelo tradicional acerca del rol que debe cumplir el hombre en la pareja, centrado en las funciones de proveedor, protector y sostenedor del grupo familiar. Podría pensarse que las nuevas prácticas masculinas que desdican ese modelo tradicional, en especial relacionadas con la paternidad y el paternaje y el lugar de la mujer en la familia y en la sociedad, no han permeado el discurso de este sector social.

Respuestas de las/os adolescentes mujeres y varones

	Tareas domésticas	Estudio	Trabajo
Mujer	*****	****	*****
Varón			***

Nota: Cuadro de doble entrada donde se comparan las respuestas por sexo.



EN SUMA

En la reacción de las adolescentes mujeres entrevistadas frente a la noticia del embarazo predominan sentimientos ambivalentes entre los que se destaca la alegría, la rabia, el miedo al “qué dirán” especialmente sus madres y/o figuras femeninas más cercanas.

La gran mayoría no planificó su embarazo y quienes sí lo hicieron fue fundamentalmente como forma de satisfacer el deseo de la pareja y cumplir con el rol social.

La posibilidad de interrumpir el embarazo no aparece como una opción (al menos explícita).

La gran mayoría de las adolescentes había usado algún método anticonceptivo. Era frecuente su uso discontinuo y/o el doble método anticonceptivo de protección, lo que evidenciaría desconocimiento en el uso y funcionamiento de los mismos. La información acerca de los métodos anticonceptivos es proporcionada fundamentalmente por mujeres del entorno, quedando en segundo plano los centros educativos y los servicios de salud.

Prácticamente todas las adolescentes asisten al control pre natal desde el inicio del embarazo. Son acompañadas por otras mujeres y en los pocos casos donde están acompañadas por sus parejas éstos reafirman en las entrevistas su rol de acompañantes y no de usuarios de los servicios de salud.

Respecto a cómo perciben las y los adolescentes en situación de embarazo los servicios de salud, aparece una respuesta satisfactoria, y se destaca especialmente el buen trato recibido por parte del personal técnico.

Las dificultades planteadas refieren a barreras funcionales y organizacionales fundamentalmente con el personal administrativo responsable de la atención a los usuarios. En este sentido es necesario recordar la importancia que tiene la construcción de institucionalidad y la capacitación en las normas y procedimientos organizacionales como componente fundamental del logro de acciones que generen la equidad de género en salud.

Más allá de lo antedicho no se manifiestan barreras geográficas, económicas ni socio culturales para el acceso a los servicios de salud.

Si bien es notoria la ausencia de calificación de la demanda de las y los adolescentes, cuando se les pregunta cómo debería ser un servicio para adolescentes mencionan la importancia de contar con servicios exclusivos para ellos/as (con horarios diferenciales, privacidad, etc.).

6.2. ANALISIS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL TÉCNICO

Para la recolección de la información se diseñó una pauta de entrevista que contempló los siguientes tópicos:

1. Objetivos del servicio y objetivos del servicio dirigido a adolescentes.
2. Visión del embarazo en la adolescencia, causas del mismo.
3. Descripción de las adolescentes embarazadas usuarias de este servicio y de sus parejas. Vivencia de estas/ os adolescentes en relación a su embarazo.
4. Expectativas, necesidades y demandas de las/ os usuarias.
5. Lo que encuentran y lo que no encuentran estas y estos adolescentes en el centro. Respuesta del servicio a las necesidades de la adolescente embarazada usuaria.
6. Barreras de acceso de las y los adolescentes al servicio.
7. Fortalezas y debilidades del servicio.
8. Ideal de consulta en la cual se abordaría integralmente la salud de las mujeres y varones adolescentes que consultan por su embarazo.
9. Percepción acerca de la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las y los adolescentes que se atienden en este servicio.
10. Acciones del servicio en salud reproductiva dirigidas hacia la población masculina.
11. Valor de la maternidad y la paternidad en las y los adolescentes.
12. Acciones que desarrolla el centro para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población usuaria.
13. Desafíos del servicio en lo que respecta a la atención a adolescentes, especialmente las y los que consultan por un embarazo.

Con respecto al perfil de las/os entrevistados, en su gran mayoría fueron mujeres, profesionales de la salud con entre 5 y 15 años de trabajo en el servicio.

Los datos recogidos se analizarán considerando las tensiones entre dos enfoques: materno – infantil y el enfoque de salud sexual y reproductiva, que coexisten en el diseño de los servicios de salud y en las prácticas de proveedores y usuarios/as.

El *enfoque materno – infantil* coloca el acento en la ecuación mujer – madre, siendo el sustento conceptual del modelo de atención materno infantil y de los programas de corte asistencialista. Se basa en el Modelo Mujer, Salud y Desarrollo (De los Ríos, 1995) cuya finalidad principal está centrada en la disminución de los indicadores de mortalidad infantil, a través de la atención del binomio madre – hijo. Este enfoque ha contribuido a fortalecer el rol masculino hegemónico, ausente de las tareas de cuidado y educación de los hijos/as y de su corresponsabilidad en la planificación familiar.

El enfoque de salud sexual y reproductiva, redefine el lugar de la mujer – usuaria como sujeto de derechos y participe activa del auto cuidado de su salud. Da cuenta de una perspectiva integral cuyo marco teórico conceptual es el Modelo Género, Salud y Desarrollo.

Los acuerdos internacionales establecidos en las conferencias de El Cairo y Beijing establecieron que los componentes de los servicios integrales en salud sexual y reproductiva en el contexto de la atención primaria en salud deberían abarcar:

- ▶ Consejería, información, educación
- ▶ Servicios en materia de planificación de la familia
- ▶ Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y atención postnatal en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno - infantil
- ▶ Información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de referencia a través de servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y el aborto.
- ▶ Prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, infecciones del tracto reproductivo y otras afecciones de la salud reproductiva.
- ▶ Atención segura del aborto en los países en los que fuera legal, así como el tratamiento de las complicaciones.
- ▶ Prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad

Asimismo la Plataforma de acción de la CIPD plantea que todos los servicios de atención primaria de la salud y de planificación de la familia tienen que poder proporcionar directamente o mediante referencias, la variedad más amplia y asequible de métodos anticonceptivos.

Objetivo de los servicios dirigidos a adolescentes y visión del embarazo en la adolescencia

Los objetivos planteados en los servicios en relación a la atención de los adolescentes consultantes serán analizados en función de los componentes establecidos por la CIPD y de los modelos referenciales antes citados.

Centro	Objetivos servicio para adolescentes	Objetivos servicio adolescentes embarazadas	Enfoque	Visión embarazo adolescente	Características abordaje de la atención a adolescentes
1	Disminuir embarazo en adolescentes Integrar al varón en la atención Crear espacios exclusivos para adolescentes. Informar acerca de la protección en las relaciones sexuales (incidencia VIH)	Prevenir el segundo embarazo	Co existen enfoque materno infantil y enfoque salud sexual y reproductiva	Como Problema Énfasis minimizar riesgos y futuros embarazos	Centrada en un enfoque de APS: promoción de salud y prevención del riesgo (ITS embarazo adolescente)
2	Prevención, promoción de la salud y atención embarazos en adolescentes		El enfoque está puesto en la "salud integral, no específicamente en la SSR	Como Problema Énfasis minimizar riesgos y futuros embarazos	Centrada en un enfoque de APS: promoción de salud y prevención del riesgo (ITS embarazo adolescente)
3	Lograr una salud sexual y reproductiva de calidad Espacio exclusivo para adolescentes. Bienestar de las usuarias	Que el embarazo llegue a su fin en las mejores condiciones	Salud sexual y reproductiva	Como Problema Énfasis minimizar riesgos y futuros embarazos "no deseados"	Centrada en un enfoque de APS: promoción de salud y prevención de riesgos

Del análisis de los discursos de los informantes calificados de los tres servicios investigados respecto a los objetivos del servicio para adolescentes en general y de las adolescentes embarazadas en particular se evidencian diferencias en los enfoques y modelos teórico – conceptuales utilizados.

En el análisis de discurso de los informantes calificados del centro 1 coexisten las iniciativas tendientes a la institucionalización de la salud sexual y reproductiva, con el modelo tradicional materno – infantil centrado en la mujer madre. Esto se puede constatar cuando al plantear los objetivos principales del servicio se expresa:

“...disminuir el embarazo adolescente, ampliar la atención a las adolescentes, integrando al sexo masculino que al final no se pudo concretar y crear espacios exclusivos para los adolescentes en los cuales se pudiera atender de forma integral. Porque en general la atención está dirigida a la joven adolescente. Otro aspecto que nos parece importante es informar acerca de la importancia de la protección en las relaciones sexuales, la incidencia del VIH. A eso está orientada toda la tarea que se hace con los adolescentes”.

En este discurso aparece por un lado un enfoque prevencionista y de riesgo que deja fuera otros componentes de la promoción de salud tales como: consejería, información, educación en sexualidad, asesoramiento en métodos anticonceptivos para decidir responsablemente si tener o no tener hijos y cuándo tenerlos. Por otro lado se expresa la voluntad de incorporar un enfoque más integral que incluya al varón en los servicios.

La coexistencia de ambos modelos también se refleja en los objetivos planteados con relación a las adolescentes embarazadas *“prevenir el segundo embarazo”*. Este objetivo pone el acento en el embarazo como problema y en el riesgo de que exista un segundo embarazo sin mencionar la posibilidad de si ese segundo embarazo es deseado y/o planificado. Tampoco se hace referencia al derecho a decidir responsablemente si tener o no tener hijos y cuándo tenerlos. En este punto podría plantearse que predomina el enfoque MED en el sentido de que hay que disminuir el número de hijos/as bajo el supuesto de que éstos son la causa de la pobreza.

Aparecen claramente definidas en este servicio las coordinaciones y articulaciones que se establecen con el Programa Infancia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social que “entiende como prioritario optimizar los niveles de responsabilidad en la salud sexual y reproductiva (SS y R) de las y los adolescentes. El énfasis en el trabajo se centra en la prevención, reducción y atención del embarazo adolescente no planificado estimulándolos en la construcción de un proyecto personal”.⁴⁷

En el análisis del discurso de los informantes calificados del centro 2, con relación al servicio para adolescentes en general y la adolescente embarazada en particular se expresa que la atención no tendría un énfasis en la salud sexual y reproductiva, planteando que los objetivos son *“prevención, promoción de salud y atención generando controles...la salud reproductiva viene un poco a colación”*. En este caso se evidencia un importante retroceso, constatado a lo largo de la entrevista, con relación al período

.....
47.. <http://infamilia.homedns.org>

anterior donde una de las últimas investigaciones concluía que *“... se recorta claramente del resto (refiere a organismos públicos), por la acumulación de acciones a través de sus diferentes iniciativas y programas y por una mayor consistencia teórica y metodológica”*.⁴⁸

En el centro 1 el marco conceptual utilizado incorpora el enfoque de salud sexual y reproductiva. Plantean:

“el objetivo respecto a la adolescente en general, es lograr que tenga una salud sexual y reproductiva sana... haciéndole conocer todos los beneficios y riesgos de poder vivir en forma ordenada, natural y cuidándose. Los métodos anticonceptivos siempre los estamos nombrando para que ella pueda ir asumiendo su sexualidad, cuando lo decida, pero en forma consciente y con todo lo que tenemos a su alcance”.

Este objetivo incorpora varios de los componentes que incluye un enfoque de salud sexual y reproductiva, evidenciando el enfoque de derechos “informar oportunamente para que sean ellas quienes decidan”. Sin embargo, cabe cuestionarse el significado de recomendar a las adolescentes una vida “ordenada y natural”.

Asimismo se plantea que brindan los siguientes servicios: consejería, información, educación en sexualidad y planificación familiar, educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y atención postnatal en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno – infantil, Información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable, prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, infecciones del tracto reproductivo y otras afecciones de la salud reproductiva.

Dicho modelo también se refleja en los objetivos planteados con relación a las adolescentes embarazadas *“tratar de que ese embarazo llegue a su fin en las mejores condiciones”*, colocando el énfasis en la responsabilidad de brindar una atención de calidad. En este punto es importante problematizar que cuando se habla de disminuir el embarazo adolescente no se hace un análisis (al menos explícito) sobre si es deseado o no ese embarazo.

Respecto a la visión del embarazo en la adolescencia las responsables de los tres servicios coinciden en plantear que es un grave problema en este tipo de población en situación de pobreza. Esta visión está sustentada en aspectos biológicos, socio – económicos, nutricionales, etc. Desde el punto de vista *biológico* se plantea que corren mayores riesgos que el promedio de las mujeres de perder la vida en el parto y sus hijos también mueren con mayor frecuencia (sobretudo las menores de 16 años). Respecto a los *factores socio – económicos* se plantea que el embarazo en estas adolescentes de sectores de estratos pobres muchas veces profundiza las condiciones de pobreza, ya que en general cuentan con el apoyo del padre durante el primer año de

48. **López Gómez A y otros (2005)**: Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995 – 2004). CBA Pág. 129

vida pero luego son abandonadas complicando la posibilidad de trabajar y/ o continuar los estudios o que incluso la crianza del futuro bebé queda en manos de abuelos u otros familiares. Expresan también que por lo general los hijos/as de madres adolescentes tienen como padre a un adulto y es posible observar marcadas diferencias generacionales entre ambos progenitores. Plantean que es una etapa vital donde las adolescentes no están preparadas para ser madres y que un porcentaje importante de ellas no planificaron su embarazo ni lo desean. Respecto a los *aspectos nutricionales* enfatizan que la deficiente nutrición y casos de anemia que padecen las adolescentes pobres y los riesgos de padecer enfermedades y/ o complicaciones del embarazo sin un tratamiento correcto que aborde este tema complica más la situación de embarazo.

Por último, es importante destacar que en ninguna de las entrevistas realizadas a los/ las técnicas se menciona el servicio de atención pre y post aborto que funciona en el CHPR, ni aplicación de la normativa 369 del MSP. En este sentido es importante señalar que dicho servicio se encuentra contiguo a la policlínica de adolescentes y que por tanto las mujeres que tienen dudas respecto a la continuidad o no de su embarazo se encuentran en la misma sala de espera con aquellas adolescentes embarazadas que asisten a los controles.

Causas del embarazo en la adolescencia

Las respuestas brindadas por los entrevistados/as con relación a las razones que llevan a las adolescentes a embarazarse en esa etapa de sus vidas, se pueden sintetizar de la siguiente manera:

- ▶ No tienen metas ni estímulos en la vida. No existe un proyecto de vida claro debido a que – entre otras razones –generalmente dejaron de estudiar antes de quedar embarazadas (fracaso escolar). No estudian ni buscan trabajo.
- ▶ Posibilidad de tener algo propio.
- ▶ Posibilidad de sentirse más respetadas en el medio en el que viven.
- ▶ Posibilidad de llenar vacíos afectivos y por tanto tener nuevos afectos. Muchas de ellas mantienen una mala relación con sus padres.
- ▶ Cumplir con el modelo tradicional: mujer = madre. Reproducen modelo familiar ya que muchas de sus madres fueron madres adolescentes. Única expectativa en su vida.

Descripción de las adolescentes embarazadas usuarias de los servicios y sus parejas.

Centro	Descripción Adolescentes embarazadas	Descripción Parejas
1	En general concurren, son responsables	No es habitual que vengan con las parejas, vienen solas o con madres o suegras.
2	Frágiles Familias extendidas, varias generaciones las que viven en la misma casa. Con fracasos educativos. Cumplen con los controles	Generalmente son jóvenes, Adolescentes No es habitual que vengan con las parejas
3	Son responsables, controlan su embarazo Gran mayoría no terminó la escuela. Sin expectativas de ningún tipo. La mayoría tiene pareja. Entre los 20 y 30 años. Son pocas las que tienen parejas A. *	Los padres suelen acompañarlas solo durante el primer año.

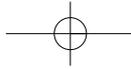
* En este punto existen diferencias entre los entrevistados del mismo servicio, ya que uno de ellos expresó que *“La mitad de las parejas tienen la misma edad, o sea son adolescentes. El otro 50% son alrededor de 10 años mayores que ellas y son los que están ausentes en la consulta”*.

Algunos de los integrantes de los equipos de salud ubican a las adolescentes en una situación de minoridad, aniñándolas: *“son buenas mamás, son buenas en su trabajo de parto, se portan mejor que una... Yo a veces las rezongo a ellas, de que no los hacen participe al varón... Yo les digo, el es parte de esto, vamos a hacerlo que pase también con la doctora, si cuando tu hijito nazca menos la teta el puede hacer todo...”*

A través de estas palabras se puede inferir que hay voluntad por parte de algunos técnicos de incorporar al varón en la consulta e incentivarlos a cumplir con su rol de padres pero habría que reflexionar en este sentido acerca de cómo es la forma más adecuada para dirigirse a las/ los adolescentes para cambiar la cultura hegemónica.

Expectativas, necesidades y demandas de las usuarias

Todos los técnicos entrevistados/as coincidieron en plantear que las necesidades, expectativas y demandas de las adolescentes con el servicio están centradas en el *vínculo*, en la necesidad de recibir un trato amable, cálido, que las apoye en el proceso



por el cual están transitando y fundamentalmente que no las juzguen a la hora de atenderlas. Es de destacar que estas percepciones son coincidentes con las respuestas de las adolescentes frente a la pregunta sobre lo que más les gustaba y esperaban del servicio.

En la siguiente tabla se sintetiza algunas de las descripciones del personal técnico de los servicios.

Centro	Respuestas
1	Buscan apoyo, esperan un buen trato.
2	Esperan gente que las quiera, que las reciba bien, que las acompañe, que tenga un trato muy llano, que no les complique la vida.
3	Buscan que se les preste atención Que la traten bien, que no la estén estigmatizando, que no la estén señalando.

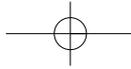
Lo que encuentran y lo que no encuentran. Respuesta de los servicios a las necesidades de la adolescente embarazada usuaria

Centro	Lo que encuentran	Lo que no encuentran
1	- Atención de calidad. - Abordaje interdisciplinario.	-Un día destinado para ellas /ellos por las resistencias del personal administrativo.
2	- Escucha respetuosa, comprensiva, acompañamiento.	-Un equipo articulado, la atención queda solo en una especialista (ginecóloga). -No encuentran tratamiento psicológico Seguimiento pre y post parto. -Estimulación por parte del servicio de la presencia del varón. -Una propuesta educativa con relación a la sexualidad, embarazo, trabajo de parto, etc.
3	Atención de calidad, vínculo humanizado. "A mi no me dicen doctor, me dicen Roberto". -Consultas coordinadas para que no tengan que venir varias veces en la semana.	-Estabilidad del personal de salud que las atiende por la gran cantidad de honorarios.

Barreras de acceso de las y los adolescentes al servicio

Centro	Barreras
1	Ausencia de Carné de identidad. Falta de educación y de información respecto a la importancia del cuidado de la salud.
2	- No tienen información acerca de los servicios* - Las consultas programadas a veces terminan siendo medio rígidas y no se tiene capacidad para atender la consulta espontánea. -Ausencia de un equipo técnico coordinado y articulado. - Horario de atención, porque es en la noche.
3	Plantean que no existen barreras para el acceso al servicio.

* En este sentido plantean la importancia de articular con los centros educativos para que sean los docentes y/ o directores quienes deriven a las y los adolescentes directamente con el servicio. Asimismo, que el servicio distribuya distintos tipos de materiales educativos en escuelas y liceos ya que son los lugares donde se concentra esta población.



Fortalezas y debilidades del servicio

Centro	Fortalezas	Debilidades
1	1) Equipo interdisciplinario con capacidad de trabajo en equipo.	1) Ineficiencia del personal administrativo recepción: desordenados, pierden las historias clínicas., las escriben en papelitos que se van perdiendo. 2) Demoras en la atención en los servicios debido al multi empleo.
2	1) Horario exclusivo para adolescentes. 2) El trabajo en equipo* 3) Acceso desde el punto de vista geográfico. 4) Es un servicio conocido, 13 años de existencia.	Política institucional
3	1) Calidad de la atención. Buen trato, respetuoso, desprejuiciado.* 2) Existencia de un equipo interdisciplinario con muchos años de experiencia. 3) Tienen la posibilidad de hacerse todos los estudios en el mismo lugar.	1)Burocracia de la institución (más allá de que expresan que se ha mejorado mucho) 2) Horario de atención restringido: funciona solo de mañana.

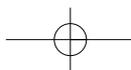
A continuación se desarrollan con mayor profundidad algunos puntos destacados por el personal técnico de los servicios:

Respecto al trato respetuoso expresaban que *“es importante que no la estén estigmatizando, que no la estén señalando, ella viene a atenderse no viene a oír que la estén criticando...”*. Planteaban que, entablando un buen vínculo, lograban que luego del parto, la adolescente volviera con su bebé a mostrarle cómo va creciendo y luego a realizarse los controles de rutina.

En relación al servicio para adolescentes expresaban:

“es clave que los servicios de adolescentes evacuen la primer consulta que hagan, es decir, evacuarla no quiere decir que le solucionaste el problema de primera, no, que la oíste y que trataste de orientarla, con eso solo ya se va conforme...”.

En el centro 1 se planteaba que el mayor obstáculo y/o debilidad se centraba en el personal administrativo responsable de la recepción de las y los usuarios, entre ellas de las/ los adolescentes. Así lo ilustra el siguiente relato:



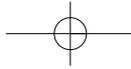
”El obstáculo que veo es en la parte de recepción. El año pasado les presentamos los horarios de atención para adolescentes, pero ya me cansé, no lo entienden, me mandan adultas en el horario para adolescentes Yo trabajo en el Pereira y ahí hay una policlínica para adolescentes, acá no se respeta, al principio les encantó la idea, pero no la aplican, es una barrera difícil de vencer”.

El personal técnico de la policlínica del centro 2 hace hincapié en la memoria institucional, destacando la modalidad de trabajo anterior, y expresando que en la actualidad hay malestar con las nuevas autoridades. El tema fue planteado reiteradas veces por todos los técnicos en las diversas entrevistas:

“no somos reconocidos desde la institución, nuestros centros no son entendidos como perlas... parece que la mentalidad de nuestras instituciones es a las perlas vamos a dejarlas morir... institucionalmente nos están dejando morir...la falta de apoyo institucional y político puede matar un programa y el gran error que nosotros tenemos es que no tenemos lazos fuertes con el barrio y ese fue un gran error que cometimos porque la jefatura anterior no lo permitió...”.

Ideal de consulta en la cual se abordaría integralmente la salud de las mujeres y varones adolescentes que consultan por su embarazo

Centro	Descripción
1	1) Espacio exclusivo para ellas. 2) Propuestas educativas para las adolescentes y sus parejas bajo la modalidad de talleres 3) Atención más personalizada. 4) Una consulta distinta a la tradicional, en un espacio diferente, que atraiga a la/os adolescentes.
2	1) Equipos interdisciplinarios con trabajo en equipo, que incluya acompañamiento psicológico 2) Servicio que pudiera vincular a la adolescente madre con un sistema de capacitación laboral, estudiantil, espacios de apoyo al cuidado infantil, que incluya capacitación para el empleo del padre del bebé.
3	1) Que sean espacios exclusivos para adolescentes. 2) Horarios extendidos a lo largo del día. Servicios con múltiples horarios. 3) Equipos interdisciplinarios con un buen trabajo en equipo. 4) Confidencialidad. Que puedan entrar solas y no siempre acompañadas de su madre u otro familiar.



Es importante destacar que parte del equipo de salud que trabaja en uno de estos servicios fue quienes elaboraron las Normas de Atención de Adolescentes del Ministerio de Salud Pública. Las mismas son instrumentos que elaboran las autoridades sanitarias dirigidas a todos los equipos de salud del sector público y privado del país con la finalidad de mejorar y unificar los criterios para brindar una atención calificada y de calidad.

En el centro 1 el personal técnico coincide que el ideal de la consulta con adolescentes está dado por espacios diferenciados, distintos a los tradicionales, pero más allá de esa concepción parecería que la práctica los sobrepasa no pudiendo administrar las resistencias que el personal administrativo tiene al respecto. En este sentido cabe preguntarse acerca de la voluntad institucional para cambiar los obstáculos e implementar verdaderos servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

En el centro 2, una de las entrevistadas que atiende directamente a los y las adolescentes se expresaba de la siguiente forma:

“la salud aislada toca una parte, sería bueno vincularla con los medios de producción, con sectores de educación y con grupos y redes de apoyo en los cuales las mujeres jóvenes pudieran tener redes de trabajo, informales, casas cuna para los bebés... muchas cosas las hacen los centros juveniles... pero son como puchitos y disgregados...”

Percepción acerca de la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las y los adolescentes que se atienden en este servicio

Centro	Respuestas
1	<ul style="list-style-type: none"> -Las adolescentes que vienen a atenderse al servicio son responsables. -Los varones no son responsables en la toma de decisiones, no acuden a los servicios y tampoco quieren que sus parejas se protejan con MAC.
2	<ul style="list-style-type: none"> -Las adolescentes de menor edad dependen para la toma de decisiones de los adultos que las rodean, no tienen muchas oportunidades de decidir. -Las adolescentes de edades más avanzadas vienen con parejas y las decisiones son más compartidas, pero en general todas las decisiones están libradas al azar. -Los varones participan poco de las decisiones, son pocos los que acompañan a su pareja durante todo el proceso.
1	<ul style="list-style-type: none"> -Cada vez más consultan adolescentes que no están embarazadas para informarse acerca del uso de los métodos anticonceptivos. -Cada vez más están pudiendo tomar decisiones más libres porque se informan previamente. -Aún tienen dificultades para negociar que sus parejas utilicen el condón. -Generalmente asumen solas la responsabilidad del uso de MAC y de la posibilidad de interrumpir un embarazo no deseado (aborto inducido). -No suelen hablar con sus parejas de sexualidad. El tema queda reducido a mantener o no relaciones sexuales. -El varón tiene menos información que la mujer sobre sexualidad.

Sobre la toma de decisiones por parte del varón una de las entrevistadas expresaba *“tenemos algunos que no quieren que su pareja use pastillas, ni el preservativo, ni el aparato, al final no quieren protegerse con nada. Lo que nosotros estamos tratando es de cambiarle la cabeza a la adolescente mujer para que ella se cuide a si misma...”*.

Otra de las técnicas opinaba:

“En general toman decisiones por ellas mismas. Algunas vienen por métodos anticonceptivos. Yo las apoyo a las adolescentes con el doble método e intento transmitirles la idea de pareja estable y fiel para el uso exclusivo de las píldoras. Lo entienden, no se si lo cumplen en la realidad pero lo entienden... para que aprendan a cuidar su cuerpo”.

En el centro 2, una de las técnicas expresaba con relación a cómo toman las decisiones sexuales y reproductivas las y los adolescentes,

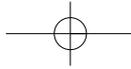
“hay grupitos de gurias que son muy responsables, que vienen a hacer todo lo planificado, después hay otras que vienen con el discurso, de que sí, pero que sabes que no y después hay un montón de que lo que venga, pintó con este ahora y bueno...”.

Acciones del servicio en salud reproductiva dirigida hacia la población masculina

En ninguno de los tres centros investigados existen acciones concretas en salud reproductiva dirigidas a los varones. Se reconoce que las acciones están enfocadas a las mujeres porque son las que llegan a la consulta y que de esa forma están reforzando el modelo hegemónico de la mujer madre y sus responsabilidades reproductivas. Expresan que desean cambiar este modelo, pero que les resulta difícil llegar a los varones.

Valor de paternidad en los adolescentes.

En cuanto al valor de la paternidad en los adolescentes, hubo coincidencia en las respuestas de los entrevistados/as: la paternidad es un rol que prácticamente no está asumido ni valorizado en este sector social. Algunos plantean que se asume en el primer año de vida del hijo/ a pero que luego desaparecen.



Centro	Paternidad
1	La paternidad no es asumida en estos sectores sociales
2	Es un rol que no es asumido por los varones. Es un valor que está desapareciendo. Ellos sobrevaloran la maternidad.
3	El varón que tiene mucha diferencia de edad con la adolescente embarazada lo percibe como una reafirmación de su fertilidad y de su masculinidad. Le cuesta mucho hacerse cargo porque no tiene nada para ofrecer, en general no tiene trabajo, ni preparación para el empleo, ni estudios (menor nivel curricular).

Acciones que desarrolla el centro para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población usuaria.

Centro	Acciones de acuerdo a las respuestas de las/ los técnicos
1	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones "extramuros": se realizan talleres en las escuelas y liceos coordinados por la asistente social. - Charlas en sala de esperas coordinadas por la partera con la participación de los y las estudiantes de enfermería.
2	<p>Costó responder.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrega de métodos anticonceptivos gratuitos. - Derivación al servicio de asesoramiento del CHPR de aquellas adolescentes que deciden interrumpir su embarazo.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de normas de atención a la mujer adolescente embarazada. - Elaboración de normas de atención en salud en general. - Promoción de la creación de servicios de salud para adolescentes en los centros.

De las acciones reportadas por el personal técnico de uno de los servicios se destaca la confusión que algunos de ellos tienen respecto al rol que cumplen como autoridades del centro y como funcionarios/as calificados/as mandatados por las autoridades del MSP para algunas acciones específicas. Las normas de las que se hace mención fueron elaboradas en el marco de una política nacional dirigida por la Dirección General de la Salud del MSP para lo cual se conformó un equipo técnico altamente calificados para la elaboración del material mencionado. Por tanto dicha acción no es parte de las acciones que desarrolla el centro en salud sexual y reproductiva sino de



las acciones que dicha persona ha desarrollado en el marco de su experticia en la temática.

De las acciones desarrolladas en los servicios, se observó en uno de ellos el “taller” realizado en la sala de espera. De la observación se destaca:

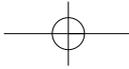
- ▶ La metodología utilizada estuvo centrada en una exposición temática en la cual la partera, explicaba a las adolescentes y mujeres adultas presentes, el proceso de embarazo (mostrando imágenes) y al cierre las usuarias planteaban sus dudas, interrogantes, etc.
- ▶ La actividad se desarrollaba en un espacio distinto al de la sala de espera con la finalidad de brindar privacidad y confidencialidad. El espacio era uno de los consultorios, muy pequeño para la actividad programada. Si bien el día era el exclusivo para las adolescentes había mujeres de todas las edades en el centro de salud y participando del taller.
- ▶ La participación de los estudiantes de enfermería se centraba fundamentalmente en una escucha atenta de la charla y en la preparación de materiales educativos.

Respecto al cuadro presentado con las respuestas del personal técnico cabe detallar mejor lo que sucedió en el centro 2 ya que no se pudo responder a la pregunta. Algunas citas que ilustran la situación:

“en este momento es difícil responder porque estamos en un momento de crisis institucional... estamos con menos personal. Lo que solíamos hacer no lo estamos haciendo... antes teníamos, hasta hace seis meses, una cantidad de material escrito que se le entregaba a los jóvenes... supuestamente, vamos a seguir haciendo talleres que abordan la sexualidad, crear promotores adolescentes de derechos sexuales y reproductivos... pero no se...”.

Desafíos del servicio en lo que respecta a la atención a adolescentes, especialmente las y los que consultan por un embarazo

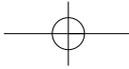
Centro	Respuestas
1	- Poder crear el espacio adolescente e incorporar al varón en la atención
2	- Unificar criterios de trabajo con el MSP donde no se superpongan servicios. - Establecer pasantías en las policlínicas con estudiantes avanzados de medicina y psicología. - Trabajar más con la comunidad.
3	- Tener un equipo donde todos sus integrantes sean presupuestados. - Crear Redes de trabajo con las policlínicas barriales.



Si bien en las respuestas dadas por los técnicos de los tres servicios los desafíos son distintos, coinciden en reconocer que aún falta mucho para lograr un servicio de calidad en salud sexual y reproductiva para adolescentes mujeres y varones, siendo estos últimos una población que ocupa un lugar secundario en las prioridades de algunas de las autoridades.

Observaciones en sala de espera

Servicio	Estructura	Material didáctico	Act. sala de espera	Relaciones interpersonales
1	Suficiente: Capacidad Ventilación Iluminación - Insuficientes Asientos - Buena conservación - Baño - Consultorio pequeño, básicamente equipado.	Si, pero no están dirigidos a adolescentes.	SI, modalidad de Charla coordinada por partera.	Del personal de recepción hacia usuarias: - Trato impersonal. - Se dirige principalmente a la usuaria. De las usuarias al personal de recepción: - Respetuosa
2	- Suficiente: Capacidad Ventilación Iluminación - Insuficientes Asientos Conservación regular - No hay baño en sala de espera - Consultorio pequeño, básicamente equipado	No Si Carteleras Una de ellas específica con materiales para adolescentes Carteles con información sobre controles, amamantamiento, otros aspectos de la salud. No	No	Del personal de recepción hacia usuarias: - Trato personalizado amable, se dirige por el nombre o diminutivos. - Se dirige principalmente a la usuaria. De las usuarias al personal de recepción: - Respetuosa - Algunas llaman nombre de pila.
3	- Suficiente: Capacidad Ventilación Iluminación - Insuficientes Asientos - Buena conservación - Baño - Mala señalización para el acceso - Consultorio pequeño, básicamente equipado.	Recuadros en cerámica con inscripciones de tipo: "Para vivir, la mirada de la madre, la caricia de la madre" "Por ti cuida tu salud"	No	Del personal de recepción hacia usuarias: - Trato personalizado, amable, se dirige por el nombre o diminutivos. - En momentos sobrecargados por el trabajo De las usuarias al personal de recepción: - Respetuosa - Algunas la llaman por nombre de pila.



De acuerdo a la síntesis expuesta se destaca que los servicios en general tienen una infraestructura que permite brindar la atención con ciertas comodidades básicas. De todos modos no existe folletería dirigida exclusivamente a los y las adolescentes en ningún área temática así como tampoco actividades en la sala de espera.

EN SUMA:

De acuerdo al discurso de los/as informantes calificados, el MSP presenta lineamientos respecto a la incorporación en los servicios del modelo centrado en el enfoque de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva integral y de género. Existe claridad por parte del personal de salud de cómo debería ser un servicio ideal para adolescentes mujeres y varones. Sin embargo, en la práctica, siguen coexistiendo el enfoque materno-infantil con el enfoque de salud sexual y reproductiva.

No se han logrado implementar acciones dirigidas a los varones, centrando la atención en las adolescentes madres.

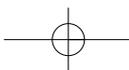
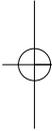
Las causas del embarazo en la adolescencia planteadas por los equipos de salud coinciden con las significaciones que para las adolescentes tiene el hecho de ser madres.

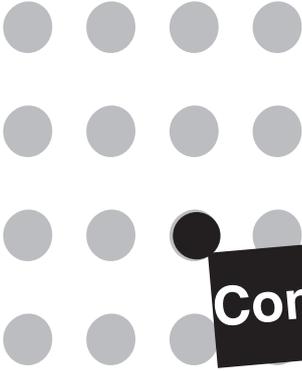
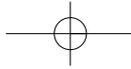
La descripción de las características de las adolescentes madres coincide con el análisis desarrollado en el capítulo anterior y se destaca el cumplimiento por parte de las adolescentes de los controles prenatales.

Las expectativas, necesidades y demandas de las adolescentes usuarias han sido interpretadas adecuadamente por los equipos técnicos cumpliendo con la satisfacción de las mismas.

También existe coincidencia entre lo que se reconoce que no se brinda en los servicios de salud y lo que plantean las adolescentes que no encuentran en los mismos.

Dos de los servicios plantean la existencia de barreras culturales y educativas por parte de las usuarias y barreras administrativas por parte de los servicios de salud.





Conclusiones

Con respecto a las condiciones y calidad de atención en los servicios estudiados, se constata el esfuerzo y compromiso del personal de salud para mejorar los servicios en salud reproductiva en general y de adolescentes que consultan por su embarazo en particular. Se destaca la importancia brindada por parte de los/as entrevistados para garantizar el ejercicio del derecho a un trato digno, humano y respetuoso.

Sin embargo, aún existen varios aspectos que están obstaculizando el desarrollo adecuado de los servicios:

- 1) Dificultades para mantener espacios de atención diferenciados para adolescentes principalmente por razones administrativas en el centro de salud de la Cruz de Carrasco y por ausencia de una propuesta institucional de la Intendencia Municipal de Montevideo.
- 2) Dificultades para brindar una atención en salud sexual y reproductiva integral que incluya: información y orientación para el ejercicio de una sexualidad libre, gratificante, responsable y no solo centrada en el embarazo y la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- 3) Dificultades para la inclusión del enfoque de género en tanto perspectiva y categoría de análisis.
- 4) Ausencia en los discursos del personal de salud de referencias al aborto inseguro y a la Normativa 369 del MSP, evidenciando que esta prestación no es incorporada en la atención de los servicios.
- 5) Ausencia de espacios grupales para la preparación de la adolescente embarazada y su pareja para el embarazo, parto y puerperio (modalidad clases de parto u otras), así como tampoco actividades educativas en sala de espera.
- 6) Escasez de equipos interdisciplinarios contratados y con suficiente carga horaria.
- 7) Ausencia de materiales educativos destinados a la población adolescente de ambos sexos.

8) Dificultades para incorporar al varón adolescente como usuario del servicio y no solo como acompañante. Si bien se desprende del discurso de algunos informantes calificados la voluntad e importancia de integrar al varón como usuario del servicio durante el proceso de un embarazo, esto no se ve reflejado en los dispositivos de atención preparados para este fin. No existe información ni difusión del derecho de los varones a recibir consejería, educación e información sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Cuando el varón asiste, generalmente es colocado por parte del personal de salud en el lugar de acompañante de la consulta y no como protagonista de la misma. Muchas veces quedan esperando en la sala de espera y entran a la consulta en el caso de que su pareja o el técnico “lo inviten” a ingresar al consultorio.

En lo que respecta a las representaciones subyacentes acerca del embarazo en la adolescencia, el mismo es ubicado como un problema por parte de los técnicos de los servicios de salud. Si bien es compartible la preocupación por la situación del embarazo temprano en este sector en particular, es importante considerar cómo los adultos califican este fenómeno y las repercusiones que el mismo puede tener en la subjetividad de las usuarias adolescentes del servicio.

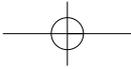
Los hallazgos del presente estudio coinciden con los hallazgos generados en el Informe de Género y Generaciones acerca de la maternidad y paternidad en adolescentes de estratos medios y bajos de Montevideo urbano⁴⁹.

Es decir, la preocupación social por los impedimentos que representa la maternidad/ paternidad temprana para el pleno desarrollo de las/os adolescentes no es vivida de igual manera por ellas/os. La maternidad / paternidad es valorada por ellos/ ellas en tanto cumplimiento de un mandato de género fuertemente arraigado.

Al respecto de cómo perciben las y los adolescentes en situación de embarazo la atención en los servicios de salud de los cuales son usuarios/as, en general existe una percepción satisfactoria en relación a la atención que reciben por parte de los equipos de salud de los servicios. Se destaca especialmente en los tres servicios investigados el trato digno y respetuoso brindado por el personal técnico que atiende directamente a las adolescentes. En este sentido es necesario enfatizar que dicha percepción responde fundamentalmente a los vínculos que se establecen y no a los requisitos indispensables que deberían ofrecer los servicios para brindar una atención de calidad. No se puede dejar de mencionar que las preguntas sobre satisfacción de la atención realizada a personas en el propio servicio de salud o a personas que asisten a nivel público (con bajas expectativas sobre la calidad de atención a recibir) habitualmente tienen sesgos en los resultados. Es decir, difícilmente alguien responda que no está conforme con la atención.

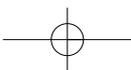
El desconocimiento de los derechos en general y los derechos sexuales y reproductivos en particular, también se refleja en la falta de información de los elementos indispensables que debería brindar un servicio de calidad en salud sexual y reproductiva

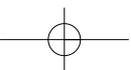
49. López, A (2006): Proyecto Género y Generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I. Edit. Trilce, Montevideo.

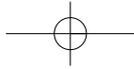
MUJERES Y VARONES ADOLESCENTES EN SITUACION DE EMBARAZO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

75

para adolescentes. Se constató el desconocimiento del derecho a tener derechos, con una débil construcción de ciudadanía o sea de ser sujetos de derechos. En este sentido cabe preguntarse si esta situación está condicionada por su condición socio – económica, afectando la construcción de ciudadanía o si es una realidad propia de los y las adolescentes en una sociedad adultocéntrica.







Recomendaciones

A continuación se plantean recomendaciones dirigidas a las autoridades sanitarias y a los equipos técnicos que trabajan en los servicios de salud dirigidos a adolescentes.

Hacia las autoridades sanitarias

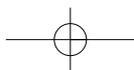
1. Mejorar los dispositivos de coordinación y articulación de las políticas en salud para adolescentes a nivel intersectorial favoreciendo el trabajo en red, la articulación con otras instituciones que trabajan con adolescentes y la coordinación territorial.

2. Mejorar los servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes implementando espacios de atención diferenciales que aseguren privacidad, confidencialidad, trato especializado y que ofrezcan horarios y ubicaciones cómodas. Otro de los aspectos a tener en cuenta es la capacitación desde un enfoque de género en sexualidad y derechos sexuales y derechos reproductivos de jóvenes para otros jóvenes.

3. Brindar información a los y las adolescentes acerca de qué características deberían tener los servicios en salud sexual y reproductiva para ser de calidad y trabajar especialmente con ellos sobre cuáles son las necesidades respecto a la etapa por la que están transitando. Esto implica trabajar en pos de fortalecer la demanda de las y los usuarios del sistema de salud mediante su calificación. Construir una demanda de atención calificada contribuiría a generar una ciudadanía conciente de sus derechos en salud, esto es, que conoce sus derechos en cuanto a quién consultar, para qué, cuál es el mejor método, qué está permitido y no se realiza.

4. Profundizar en la inclusión de herramientas de comunicación concretas para la efectiva aplicación de los mandatos de la CIPD en cuanto a la inclusión de la perspectiva de género y derechos en los servicios de salud, incorporando afiches, folletos, videos educativos en sala de espera que contengan información clara, sencilla y accesible sobre sexualidad y derechos.

5. Incorporar a los varones como usuarios de los servicios en salud sexual y reproductiva e incluir herramientas de comunicación dirigida exclusivamente a ellos.



6. Aplicar la Normativa de Atención Sanitaria y Guías de práctica clínica de la ordenanza 369/04 del MSP “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, como parte de la atención integral de los servicios de salud sexual y reproductiva.

7. Brindar a la mujer embarazada y a su pareja (o acompañante elegido/a por ella) preparación para el embarazo, parto y puerperio (modalidad clases de parto u otras), así como promover actividades educativas en sala de espera. Las actividades deben ser realizadas desde una perspectiva integral y no exclusivamente desde un enfoque biologicista e incorporar las perspectiva de género, derechos y diversidad.

8. Asignar mayores recursos humanos especializados en la atención a adolescentes mujeres y varones en el área de la SSRR.

Hacia los equipos técnicos

1. Profundizar la aplicación de las directrices establecidas por los Programas de la Dirección Nacional de la Salud del MSP para la atención en SSRR de la población adolescente.

2. Trabajar con el personal administrativo la importancia de brindar espacios diferenciados en salud sexual y reproductiva para adolescentes mujeres y varones.

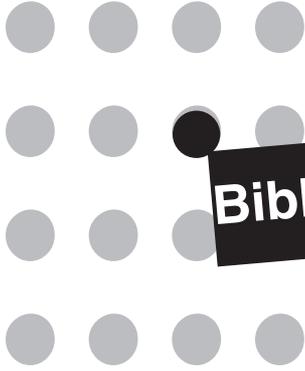
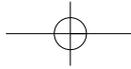
3. Establecer mayores niveles de coordinación y articulación entre las autoridades de los servicios y el personal técnico que atiende cotidianamente a los y las adolescentes.

4. Incorporar a los varones como usuarios de los servicios en salud sexual y reproductiva e incluir herramientas de comunicación dirigida exclusivamente a ellos.

5. Aplicar las normas de asesoramiento pre y post aborto a aquellas adolescentes embarazadas y a sus parejas que tengan dudas sobre si continuar o no con su embarazo.

6. Realizar acciones de sensibilización y promoción de derechos sexuales y reproductivos en la comunidad en general y con las instituciones educativas del barrio en particular.

7. Establecer convenios bajo la modalidad de pasantías con aquellos servicios de la Universidad de la República que tengan personal y estudiantes formados en el área de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y de derechos (Facultad de Medicina, Facultad de Psicología) de modo de articular los conocimientos académicos con el desarrollo de políticas públicas.



Bibliografía

AECID (2008); Estrategia de “Género en Desarrollo” de la Cooperación Española.

Benia, W; De Mucio, B (2006): *Situación epidemiológica en el Uruguay*.

Facultad de Medicina. Instituto de Higiene. Depto. de Medicina Preventiva y Social. Prof. Alejandro Gherardi. Modulo Salud Pública I. Versión Electrónica.

CLADEM – INSGENAR (2003): Con todo al Aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Buenos Aires, Argentina.

CLADEM Uruguay; MYSU (2003): *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Diagnóstico Nacional y Balance Regional*, Montevideo, Uruguay.

CNS (2006): Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva. A un año del gobierno progresista. Montevideo, Uruguay.

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994).

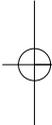
De Barbieri, T (1995): *Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género*. En: Estudios de Derechos Humanos IV, Ed. IIDH, Costa Rica.

Fernández, A. M^a (1994): La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina

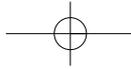
INAME, IMM, UNICEF (1998): Prevención y Atención de la Maternidad Adolescente. Sistematizando Experiencias, Montevideo.

Instituto Nacional de las Mujeres – Ministerio de Desarrollo Social (2006): Puntos de Partida. Relevamiento de Mecanismos y Políticas Públicas en el Uruguay para la Igualdad de las Mujeres y la Equidad de Género. Montevideo, Uruguay.

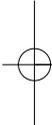
Instituto Nacional de las Mujeres – Ministerio de Desarrollo Social (2005): Memoria Anual, Montevideo, Uruguay. Instituto Nacional de Estadística (1996) Censo de población, Uruguay.



- Instituto Nacional de las Mujeres – Ministerio de desarrollo Social (2006) Primer Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos, Montevideo, Uruguay.
- Lamas, M Compiladora (1996): El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG, México.
- Laurnaga, M. E (1995): Uruguay adolescente. Maternidad adolescente y reproducción intergeneracional de la pobreza. Investigación solicitada por el
- Instituto Nacional de la Familia y la Mujer (hoy Instituto Nacional de las Mujeres) con el apoyo del UNICEF, Ed. Trilce, Montevideo.
- Ley N° 17.930 artículo 377 del año 2005.
- López Gómez, A; Benia, W; Contera, M; Güida, C (2003): Del Enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología/ UdelaR, Fundación Mexicana para la salud. Montevideo, Uruguay.
- López Gómez, Amorín, D; Benedet, L; Carril, E; Celiberti, L; Güida C; Ramos, V; Vitale, A (2005): Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995 – 2004). Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología/ UdelaR, con el apoyo de UNFPA. Montevideo, Uruguay.
- López, A (2006): Proyecto Género y Generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I. Edit. Trilce, Montevideo.
- Matamala, M I et al. (1995): Calidad de la atención, género: salud reproductiva de las mujeres. Santiago de Chile, Ed. COMUSAMS, ACHNU.
- Ministerio de Salud de Brasil: Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer. Principios y Directrices, Brasil.
- Montecino, Sofía; Rebolledo, Loreto: Conceptos de Género y Desarrollo. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género.
- MSP (1997 a 2000); Informe final e informes de actividades del Programa Maternidad y Paternidad elegida. Versiones electrónicas.
- MSP (2005): Sistema Informático Perinatal. Versión electrónica.
- MSP (2007): Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género.



- MSP (2004): Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de Protección Materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. Ordenanza N° 369.
- Mujer y Salud en Uruguay - MYSU (2007): Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva en Uruguay. Montevideo, Uruguay
- MYSU – DAWN (2004): Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay. *Un escenario cambiante*. Montevideo, Uruguay.
- MYSU: "Tus derechos tienen cuerpo. Conócelos". Uruguay, 2006.
- Nigenda, G; Langer A; López – Ortega M; Troncoso, E: Procesos de reforma del sector salud y programas de salud sexual y reproductiva en América Latina.
- Oberti, Patricia: Adolescentes Embarazadas. Enfoque desde la perspectiva de las involucradas. En: *Psicología de la Salud: escenarios y prácticas*. 1998 – 1999, Montevideo Editorial Psicolibros
- Ordenanza N° 147 del MSP de fecha 24/03/2004
- Organización Panamericana de la salud (2005). *Cómo influir en políticas favorables a la equidad de género en los sistemas de salud: hacia la definición de estrategias de incidencia política*. Guía Metodológica. Unidad de Género Etnia y Salud. Washington.
- Rastrepo A S: *Condiciones de vida de las adolescentes gestantes. Énfasis: salud sexual y reproductiva*. CERFAMI. Medellín, Colombia, 1998
- Rebolledo, Loreto: "Género y Desarrollo" en *Conceptos de Género y Desarrollo*. Serie apuntes docentes de Montecino y Rebolledo. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales. Programa Interdisciplinarios de Estudios de Género.
- SERNAM: "Guía sobre paternidad activa para funcionarios y funcionarias de los servicios públicos de salud". AMC/ COMUNICACIONES, 2004
- Stern, C (1997): *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. En: *Salud pública de México*. Volumen 39, N° 2, Cuernavaca, México.
- Tajer, D (2008): "Construyendo políticas públicas en salud con perspectiva de género: de las teorías a las prácticas". Unidad N° 1, Seminario PRIGEPP – FLACSO Buenos Aires, Argentina.
- Tratados Internacionales y documentos de Conferencias del Sistema de Derechos Humanos de la ONU.



UNFPA – IPPF: Sexo y el hemisferio. Las metas de desarrollo del milenio y la salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe. 2004

UNFPA (2004): Diagnóstico sobre Salud sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe.

UNFPA (González, A.C); “El UNFPA y los procesos de cambio en los sistemas de salud: Orientaciones estratégicas para América Latina y el Caribe”, Edit. Centro de Comunicación Virginia Wolf- Cotidiano Mujer, Uruguay, 2007.

Varela, Ma del Carmen: La fecundidad adolescente: una expresión de cambio de comportamiento reproductivo en el Uruguay. Montevideo, UdelaR, 1999.

Páginas de Internet

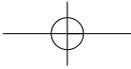
[http:// www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

[http:// www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy)

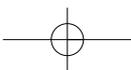
[http:// www.mysu.org.uy](http://www.mysu.org.uy)

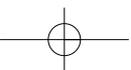
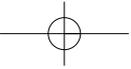
[http:// www.chasque.net.](http://www.chasque.net)

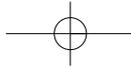
<http://www.ippf.org>



Anexos







ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Investigaciones nacionales publicadas.

UNFPA, IMM, MSP, MYSU, UdelaR, INE, PNUD: *Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Capítulo maternidades y paternidades adolescentes.* Montevideo, **2006.**

La finalidad de este estudio fue la producción de evidencia científica a partir de un marco conceptual que articula las dimensiones de estratificación social, género y derechos, que contribuya para el diseño y la implementación de políticas públicas en la materia. El instrumento seleccionado fue la entrevista en profundidad semiestructurada y la población del estudio comprendió mujeres y varones adolescentes entre 15 y 20 años de edad de Montevideo urbano. Uno de sus resultados principales refiere a que los últimos cambios socioculturales no han generado modificaciones sustantivas en las significaciones acerca de la maternidad y la paternidad en los/as adolescentes entrevistados/as. La ecuación “mujer = madre” persiste en su subjetividad, a la vez que se revela la permanencia de estereotipos de género, si bien aparecen representaciones innovadoras acerca de la masculinidad y la paternidad.

Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología – UdelaR: *Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay; un estudio retrospectivo (1995 – 2004)* UNFPA Montevideo **2005.**

El proyecto tiene por objetivo principal, generar información sobre las prácticas y significados en sexualidad y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes, y analizar las estrategias implementadas y los discursos públicos al respecto, para contribuir a la definición e implementación de políticas públicas en educación para la sexualidad en el país. Los resultados obtenidos refirieron a los ejes tomados para el estudio;

1. Producciones de investigación, estudios específicos y sistematizaciones de intervenciones socio - educativas en sexualidad con adolescentes y jóvenes generados en el país.
2. Cobertura realizada desde los medios de comunicación escrita y los abordajes sobre tópicos relacionados con la sexualidad en adolescentes y jóvenes.
3. Acciones implementadas por organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales en el campo de la sexualidad, la SSR y los DDSSRR, identificando los enfoques, metodologías y valoraciones que sustentaron dichas acciones, según la perspectiva de actores involucrados tanto en la toma de decisiones como en el trabajo a terreno con adolescentes.



4. Demandas de información y de evidencias científicas que requieren los actores gubernamentales y no gubernamentales que han actuado en este campo, a partir de las acciones implementadas.

En esta fase del estudio se propuso conocer la perspectiva de los adultos y de las instituciones.

Perdomo R; Pereiro, C; Ruben, B (2003): *Los Adolescentes Uruguayos Hoy, en Adolescencia, Inequidad Social y de género: apuntes desde la realidad.* 1er Encuentro Universitario sobre derechos sexuales y reproductivos, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género.

Se centró en el estudio de una muestra representativa de adolescentes montevideanos de entre 15 y 19 años de edad. El análisis se realizó incluyendo las dimensiones de estratificación social y de género respecto a la edad de iniciación de las relaciones sexuales (incluyendo las opiniones acerca de la opción) y la contracepción relacionada con el grado de conocimiento de los métodos anticonceptivos. Dicha investigación continúa siendo desarrollada en la actualidad. En este trabajo se concluye que la edad de iniciación de las relaciones sexuales de los y las adolescentes entrevistados estaba en la franja etárea que va de los 14 a los 17 años. El método anticonceptivo que dicen conocer, tanto las mujeres como los varones de todos los sectores sociales investigados son las pastillas anticonceptivas y luego los preservativos. Las autoras manifiestan también que al responder acerca de los métodos que utilizan para evitar el embarazo la mitad de los y las adolescentes entrevistadas afirman utilizar condones.

López Gómez, A; Benia, W; Contera, M; Güida, C: *Del Enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva.* Rosgal. s.a. Montevideo, Uruguay, 2003.

El estudio tuvo como objetivos Identificar y analizar los factores que facilitan y obstaculizan la implementación de un Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) en el marco de los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública. El mismo se llevó a cabo durante los años 2001 y 2002. Se empleó una estrategia metodológica de integración de técnicas cualitativas y cuantitativas y un procedimiento de triangulación de los datos obtenidos en el proceso de investigación. Se seleccionaron cinco centros de salud pertenecientes al subsector público y se diseñó una muestra de 683 mujeres de entre 10 y 49 años de edad usuarias de los Centros de salud del SSAE (servicios de asistencia externa). Según los / las autoras; como síntesis de la investigación se plantea: *"en la operativización del programa SIM se ponen en juego un conjunto de factores que están referidos a tensiones presentes entre la práctica institucionalizada de un modelo tradicional de atención y la propuesta de construir un modelo integral de atención..."*. A través de esta síntesis identifican los conflictos existentes entre estos dos modelos y realizan una serie de recomendaciones finales.

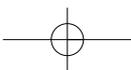
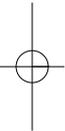
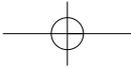
Oberti, P: *“Adolescentes embarazadas. Análisis de la situación desde la perspectiva de las adolescentes”*, con apoyo de CSIC.

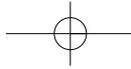
Se llevó a cabo durante los años 1998 y 1999. Profundizó en el estudio del embarazo adolescente desde la perspectiva de las involucradas. Se empleó una metodología de naturaleza cualitativa que indagó fundamentalmente el discurso y su contenido. Se seleccionaron adolescentes usuarias del subsector público (policlínica de Adolescencia del Hospital Pereira Rossell y Policlínica de Piedras Blancas).

Las conclusiones de dicha investigación versaron en relación a tres ejes: 1) cómo viven su adolescencia, 2) la familia de las adolescentes, características socioeconómicas y 3) cómo perciben, sienten y viven su embarazo.

Como síntesis de las conclusiones se expresa: *“resultan preocupantes las conclusiones resultantes de la población estudiada”*. A través de esta frase la investigadora plantea que en la población estudiada, el estrato socioeconómico – cultural bajo, constituye una factor de riesgo, teniendo en cuenta además que el mismo se potencia con las características propias de la adolescencia (proceso de la pubertad, consolidación de la identidad sexual y de género, etc.).

Finalmente se destaca la ausencia de un modelo de salud que contemple en forma integral la situación de estos sectores sociales más vulnerables.





PAUTAS DE OBSERVACIONES Y ENTREVISTAS

Pauta Entrevista Informantes Calificados (técnicos y directores/as de los servicios)

Presentar consentimiento informado

Fecha:

Lugar:

Realizada por:

Nombre del entrevistado/a:

Cargo:

Profesión:

Tiempo de trabajo en el servicio:

Tiempo de trabajo en el cargo actual:

A continuación se presenta la pauta de entrevista:

1. ¿Cuáles son los objetivos del servicio en relación a la población adolescente? ¿Y en particular, respecto a la salud sexual y reproductiva? (*Indagar también en el caso de adolescentes en situación de embarazo*).

2. ¿Cuál es su visión sobre el embarazo en la adolescencia en el Uruguay? ¿Por qué considera usted que se embarazan las adolescentes?

3. ¿Cómo describiría Ud. a las adolescentes embarazadas usuarias de este servicio y a sus parejas?

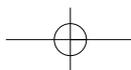
3. ¿Cuál es su opinión y percepción de la vivencia de estas adolescentes en relación a su embarazo? ¿Y en el caso de los varones?

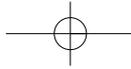
4. ¿Cuál es su opinión respecto a las expectativas de las adolescentes usuarias?, ¿Por qué vienen?, ¿qué esperan encontrar?, ¿cuáles son sus necesidades y demandas?... ¿Y en el caso de los varones?

5. ¿Qué encuentran y qué no encuentran estas y estos adolescentes en el centro?

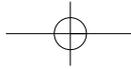
6. ¿Ud. piensa que el servicio da respuesta a las necesidades de la adolescente embarazada usuaria? ¿Por qué?

7. ¿Visualiza barreras de acceso de las y los adolescentes en relación a este servicio?





8. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del servicio?
9. ¿Cuál es el ideal de consulta en la cual se abordaría integralmente la salud de las mujeres y varones adolescentes que consultan por su embarazo?
10. ¿Cuál es su percepción acerca de la toma de decisiones respecto a la sexualidad y la reproducción de las adolescentes que aquí se atienden?
11. ¿Cuál es su percepción acerca del lugar del varón en las decisiones sexuales y reproductivas, en el tipo de población que usted atiende?
12. ¿Desarrolla el servicio acciones en salud sexual y reproductiva dirigidas hacia la población masculina? ¿Cuáles?
13. ¿Cree que la maternidad tiene un valor diferente entre las mujeres y los varones adolescentes? ¿Y la paternidad? ¿Qué diferencias describiría?
14. ¿Ud. considera que los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los y las adolescentes deben ser promovidos por el servicio de salud? ¿Por qué?
15. ¿Cuáles son las acciones que desarrolla el servicio para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población usuaria?
16. ¿Cuáles son los desafíos de este servicio en lo que respecta a la atención integral de adolescentes en salud sexual y reproductiva? ¿especialmente las y los que consultan por un embarazo?



Pauta entrevista para adolescentes embarazadas y sus parejas

Presentar consentimiento informado

Fecha:

Lugar:

Realizada por:

Nombre de pila del/ la entrevistado/a:

Sexo de el / la entrevistada:

Edad:

Estudios cursados:

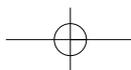
Situación de pareja:

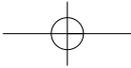
A continuación se presenta la pauta de entrevista:

1. ¿Estás embarazada? (si la respuesta es sí pase a la siguiente pregunta).
¿Su compañera está embarazada? (dirigida al varón)
2. ¿Es tu primer embarazo? (dirigida a la mujer)
¿Es tu primer hijo/a? (dirigida al varón)
3. ¿Cómo te enteraste o cómo te diste cuenta que estabas embarazada?
¿Cómo te enteraste o cómo te diste cuenta que tu compañera estaba embarazada?
4. ¿Cuál fue tu reacción luego de tener la seguridad del embarazo?
5. ¿Fue un embarazo planificado? (*si responde No pase a la N° 6; si responde Si pase a la N° 7*)
6. ¿Alguna vez pensaste en interrumpir el embarazo?
7. ¿Usabas algún método anticonceptivo? ¿usas preservativo? ¿piensas usar algún método anticonceptivo una vez que nazca el bebé? ¿cuál?
8. ¿A través de quién recibiste información sobre los métodos anticonceptivos?

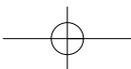
Cambiando de tema...

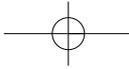
10. ¿Cuánto hace que te atiendes en este servicio?
11. ¿Cómo llegaste? ¿Por qué te atiendes acá?





12. ¿Cada cuánto vienes?
13. ¿Te es fácil concurrir?
14. ¿Cómo te sientes cuando vienes acá?
15. ¿Qué es lo que más te gusta de este servicio? (*indagar desde estructura edilicia, atención, relacionamiento, etc.*).
16. ¿Qué es lo que menos te gusta o lo que cambiarías de este servicio?
17. ¿Consideras que la atención que recibes por parte del servicio se adecua a lo que necesitas en esta etapa de tu vida?
18. ¿Si tuvieras la posibilidad de crear un servicio de atención a adolescentes cómo lo harías? (*indagar servicio ideal*)
19. ¿Qué planes tienes para luego que nazca tu hijo o hija? (*indagar proyecto de Vida*)





Pauta de recolección de datos para aplicar en los Servicios de Adolescentes

Fecha: //

Centro:

Dirección:

Realizada por:

Nombre del/ la informante:

Cargo en el servicio:

1. Población Total Área _____

2. Población total Cobertura MSP _____

3. Población total que asiste al Servicio de Adolescentes _____

4. Accesibilidad geográfica:

4.1. Hay transporte colectivo en un radio de 300mts. SI..... NO.....

Especificar (cantidad de líneas, empresas, etc.)

4.2. Hay vías de tránsito importantes dentro de 300mts. SI..... NO.....

Especificar cuáles:

4.3. Está ubicada en zona densamente poblada dentro de su área.

SI.... NO.....

5. Días y horario de funcionamiento de la policlínica/ servicio de atención a adolescentes

6. Días y horario de funcionamiento de la policlínica gineco – obstétrica de atención a adolescentes

7. ¿Se atiende con cita previa? SI..... NO.....

Especificar sistema de reserva (telefónico, personal, horarios, etc.)

8. ¿Se atiende sin cita? SI..... NO.....

Especificar sistema

9. ¿Es posible pedir cita a través de otra persona? SI..... NO.....

En caso de SI, especificar:

10. ¿Qué tiempo promedio transcurre entre la solicitud y la consulta?

11. ¿Cuál es el tiempo de espera entre que la adolescente embarazada llega al consultorio y es atendida?



12. Número promedio de adolescentes embarazadas en el horario de atención previsto

13. Anticonceptivos disponibles:

Tipo y Cantidad:

DIU

Preservativos

ACO

PAE

Otros (especificar)

Datos de observación en farmacia:

14. ¿Existe continuidad en la provisión de métodos anticonceptivos?

SI.....

Especificar (*qué se entiende por continuidad, en cuáles métodos anticonceptivos, dentro de los anticonceptivos orales indagar en qué tipos, etc.*)

NO..... ¿Por qué?

15. ¿Se hace entrega de doble protección?

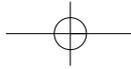
SI.....

Especificar (*en algunos casos, en todos los casos, a varones y/o mujeres, etc.*)

NO..... ¿Por qué?

16. Respecto a la anticoncepción de emergencia: días, horarios, tipo (Yuspe, PAE, DIU) y mecanismo de entrega.

Observaciones:

**Pauta de observación en salas de espera de los servicios de adolescentes****Fecha: //****Observadora:****Horario de observación: de..... a..... hs.**

1. Capacidad:

Suficiente..... Insuficiente..... (Hay personas de pie, hay personas afuera)

Especificar:

2. Mobiliario:

2.1. Asientos: Suficientes..... Insuficientes.....

Especificar:

2.2. Conservación: Buena..... Regular..... Mala.....

Especificar:

2.3. Papeleras SI..... NO.....

Especificar:

3. Señalización: Adecuada..... Escasa..... Inexistente.....

Especificar:

4. Material didáctico, educativo, informativo - comunicacional:

Abundante..... Escaso..... No Hay.....

Tipos:

Folletería:

Carteleras:

Afiches:

Otros (especificar):

4.1. Contenidos:

Especificar:

- Tipos

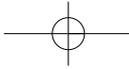
- Dirigido a: (madre/ niño, adolescentes, mujer, varón, NSE, etc)

- Descripción de dibujos e imágenes de los materiales

- Enfoque (materno infantil/ salud reproductiva, marco conceptual)

5. Actividad educativa en sala de espera: NO..... Si.....

En caso de que la respuesta sea SI, especificar:



6. Iluminación: Suficiente..... Insuficiente..... Natural..... Artificial..... Mixta.....
7. Ventilación: Suficiente..... Insuficiente.....
8. Acondicionamiento térmico: Suficiente..... Insuficiente.....
9. Baños (agua, jabón, funcionamiento de la cisterna, limpio, P. H, ubicación dentro – fuera del consultorio, diferenciado para usuarios/as – funcionarios/as)
10. Las adolescentes embarazadas, ¿están acompañadas en la sala de espera?
SI..... NO..... Especificar cantidad.....
- 10.1. ¿Por quiénes están acompañadas? (edad, sexo de acompañante, número por adolescente)
- 10.2. Los varones acompañantes están en:
La sala de espera..... Fuera del servicio.....

Consideraciones Generales de las Observaciones realizadas:

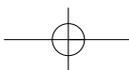
Observación de las relaciones interpersonales

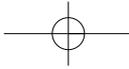
.Entre personal – usuarios/ as en admisión y sala de espera;

1. Otorga trato personalizado (ejemplo; la/o saluda): SI.... NO.....
2. Forma en que se dirige/n al usuario/ a (por su nombre, por apellido, por número de consultante, por “apodos” mamita, madre, etc.)
3. Se dirige de manera diferente entre las usuarias: SI.... NO.....
Especificar
4. Se dirige en algún momento al acompañante varón: SI.... NO.....
Especificar
5. Especificar más detalles del trato (ej. tuteo, tono de voz, etc):
6. Uso placa identificatoria clara y visible: SI.... NO.....
7. Especificar trato del/ la adolescente al funcionario/a

En el caso de presencia y práctica de estudiantes en la policlínica aplicar la misma pauta.

Consideraciones generales de las observaciones realizadas:





Pauta de observación y relevamiento en consultorio ginecológico de adolescentes

Fecha: //

Observadora:

Horario de observación: de..... a..... hs.

En caso de que corresponda:

Nombre del funcionario/a que acompañó la actividad:

Cargo:

El relevamiento y observación se realizó:

- **Antes del comienzo de la atención:**
- **Una vez finalizado el horario de atención:**

Capacidad:

Suficiente..... Insuficiente..... (hay personas de pie, hay personas afuera)

Especificar:

Material didáctico, educativo, informativo - comunicacional:

Abundante..... Escaso..... No Hay.....

Tipos:

Folletería:

Cartelera:

Afiches:

Otros (especificar):

Contenidos (especificar por tipos):

Enfoque (materno infantil/ salud reproductiva, marco conceptual)

Especificar por tipos:

Dirigido a: (madre/ niño, adolescentes, mujer, varón, NSE, etc):

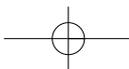
Especificar por tipos:

Descripción de dibujos e imágenes de los materiales:

Iluminación: Suficiente..... Insuficiente..... Natural..... Artificial..... Mixta.....

Ventilación: Suficiente..... Insuficiente.....

Acondicionamiento térmico: Suficiente..... Insuficiente.....



Baños (agua, jabón, funcionamiento de la cisterna, limpio, P. H, ubicación dentro – fuera del consultorio, diferenciado usuarios/as – funcionarios/as)

Camilla: con papel para cada usuaria: SI.... NO.....

Sabanillas: SI.... NO.....

Material estéril para colocación de DIU: SI.... NO.....

Cuenta con espéculos de tres tamaños, descartables, y/ o esterilizados:

SI.... NO.....

Sistema de recolección de residuos: Adecuado..... Inadecuado.....

Posibilidades de privacidad: SI.... Escasas..... NO.....

Especificar (Biombos, conexión con otros espacios, aislamiento acústico, etc.)

Asiento para acompañante: SI.... NO.....

Cuenta con espacio reservado para que la usuaria se prepare para el examen:
SI.... NO.....

Consideraciones generales de las o

bservaciones realizadas.