

TESIS

Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes en los servicios públicos de salud del primer nivel en Montevideo

Autora: Sabrina Rossi Rodríguez

Tutora y Directora de Tesis: Alejandra López Gómez

Para optar al título de Magister en Psicología Social.

Montevideo, agosto de 2014

Resumen

La tesis se propuso aportar insumos, sobre el abordaje de la dimensión de los derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes desde los servicios de salud donde se instrumentan los Espacios de Salud Adolescente en Montevideo, Uruguay.

El objetivo general fue indagar y analizar cómo se vinculan las acciones de promoción en derechos y salud sexual y reproductiva que se realizan desde los Espacios de Salud Adolescente, implementados en el Primer Nivel de Atención en servicios públicos en Montevideo, con el conocimiento y ejercicio de los derechos que tiene la población adolescente y joven que se asiste en estos servicios.

Para ello se realizó un estudio de tipo exploratorio y descriptivo en base a una metodología cualitativa a los efectos de relevar y analizar la perspectiva de los/as adolescentes y usuarios/as de estos servicios así como conocer la opinión de informantes clave, en particular, decisores y gestores de políticas de salud hacia esta población e integrantes de los equipos de trabajo de los Espacios de Salud Adolescente.

Fueron entrevistado/as 15 adolescentes entre 15 y 19 años de edad, nueve profesionales integrantes de equipos de salud de cuatro centros ubicados en diferentes barrios de Montevideo, así como actores vinculados a la definición de políticas de salud adolescente.

Las conclusiones refieren a la escasa apropiación y conocimiento que tienen los y las adolescentes sobre sus derechos sexuales y reproductivos así como el lugar poco jerarquizado que ocupan los servicios de salud en términos de sus capacidades para dar respuesta a las demandas y necesidades de esta población en lo que refiere a sus derechos y salud sexual y reproductiva.

***Palabras clave:* Políticas públicas, derechos sexuales y derechos reproductivos, adolescentes, servicios de salud.**

Abstract

The thesis is to provide input on the size addressing the sexual and reproductive rights of adolescents from health services where Spaces of Adolescent Health in Montevideo, Uruguay are implemented.

The overall objective was to investigate and analyze how the promotional rights and sexual and reproductive health that are made from the Spaces of Adolescent Health, implemented in the first level of care in public services in Montevideo, with the knowledge and exercise are linked the rights that the adolescent and youth population that attends these services.

This study is exploratory and descriptive is performed based on a qualitative methodology for the purposes of survey and analyze the perspective of adolescents and users of these services and obtain the views of key informants, in particular, policy makers and managers health policies for this population and members of the teams of the Spaces of Adolescent Health.

We interviewed 15 teenagers between 15 and 19 years old, nine members of health professionals for four centers located in different neighborhoods of Montevideo and actors linked to the definition of adolescent health policies.

The conclusions concern the weak ownership and knowledge among adolescents about their sexual and reproductive rights as well as the hierarchical little place of health services in terms of their capabilities to meet the demands and needs of this population in it comes to their rights and sexual and reproductive health.

Keywords: Public policies, sexual and reproductive rights, adolescents, health services.

Índice

Resumen.....	2
Índice	4
Agradecimientos.....	6
1.Introducción.....	7
2.Fundamentación y antecedentes.....	10
La salud de adolescentes y jóvenes en Uruguay y la región.....	10
Las políticas de salud en Uruguay (2005- a la fecha).....	14
3. Referencias Teóricas.....	17
Adolescencia y juventud.....	17
Adolescentes e instituciones.....	18
La atención de la salud en el primer nivel.....	19
Salud y derechos sexuales y reproductivos.....	21
4. Problema de investigación.....	24
Pregunta principal de investigación	26
Preguntas subsidiarias que buscó responder la investigación.....	26
5.Objetivos.....	27
Objetivo general.....	27
Objetivos específicos.....	27
6.Fundamentación y diseño.....	28
Universo de estudio.....	29
Muestra.....	29
Selección de los Espacios de Salud Adolescente.....	31
Técnicas de recolección de información.....	32
Herramientas.....	33
7. Resultados: análisis e interpretación.....	34
A. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA	
Los y las adolescentes.....	34
Los equipos técnicos y los ESA incluidos.....	36
B. PERCEPCIONES SOBRE LOS ESPACIOS DE SALUD ADOLESCENTE	
Desde los gestores.....	37
Desde los equipos de salud.....	39
El perfil de la población adolescente usuaria de los servicios desde la perspectiva de los equipos de salud.....	41
C. ACCESO Y USO DE LOS ESPACIOS DE SALUD ADOLESCENTE	
Qué dicen los adolescentes.....	42

Qué dicen los equipos y gestores.....	46
Motivos de consulta.....	48
D. CONCEPCIONES SOBRE LA SEXUALIDAD	
Desde los adolescentes.....	49
Interlocutores en la temática sexualidad.....	51
Abordaje de la dimensión sexualidad desde de los equipos.....	52
La ficha SIA como herramienta que aporta la inclusión de la dimensión sexualidad en la entrevista	53
E. DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS	
LA PERSPECTIVA DE DERECHOS.....	54
La formación en derechos en los equipos de salud integrantes de los espacios adolescentes	58
En la voz de los y las adolescentes	59
LA PROMOCIÓN DE SALUD Y EL PAPEL DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS.....	60
EL LUGAR DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	64
Poder elegir cuándo y con quién tener relaciones sexuales.....	68
No ser violentado/a por la pareja.....	69
Acceso a los métodos anticonceptivos.....	69
Tener hijos o no tenerlos cuando se desee - Interrupción voluntaria del embarazo.....	70
Libertad en la elección y orientación sexual- Diversidad sexual.....	71
LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS DE SALUD Y SU INCIDENCIA EN LA VIDA COTIDIANA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN RELACIÓN A SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	73
Descripción de acciones del equipo de salud, rol de los servicios.....	74
Efectos de estas acciones.....	76
Interés de los y las adolescentes en la temática derechos sexuales y reproductivos –sexualidad	77
8.Conclusiones.....	79
9.Referencias bibliográficas.....	83
10.Anexos.....	89
Pauta de entrevista con jóvenes.....	89
Pauta de entrevista a técnicos.....	90
Ficha socio demográfica adolescentes.....	91
Consentimiento informado adolescentes.....	93
Consentimiento informado técnicos.....	94
Sistema de Códigos.....	95

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas aquellas personas que tuvieron que ver con la concreción de este trabajo, en particular:

A los y las adolescentes que me crucé en la práctica profesional que me motivaron a quererlos y querer saber de ellos cada día un poco más.

A mis compañeros y compañeras de la Facultad de Psicología por la motivación y el aguante en este arduo proceso.

A los y las integrantes de los equipos (algunas ex compañeras de trabajo) por el compromiso y la apertura para pensarse, contar y repensarse en sus prácticas cotidianas.

A las autoridades de RAP-ASSE y autoridades de los centros de salud por habilitar el espacio para realizar este trabajo.

A los y las adolescentes que brindaron su tiempo para conversar conmigo en medio de sus actividades cotidianas, permitiéndome grabar sus voces y opiniones para este estudio.

A la Prof. Agda. Alejandra López por el acompañamiento tan necesario.

A la Prof. Agda. Alicia Rodríguez por la insistencia.

A mi familia y amigos que me bancaron la neurosis de la Tesis y que han sabido acompañar y comprender mis múltiples intereses y tiempos dedicados a este proceso.

1. Introducción

La tesis se propuso explorar y describir desde la perspectiva de la Psicología Social de qué forma son abordados los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes mujeres y varones en los servicios de salud del primer nivel en Montevideo y cómo esto repercute en su salud, abordado desde su propia perspectiva.

En particular, el trabajo se centró en lo que se ha dado en llamar Espacios de Salud Adolescente (ESA), que funcionan en todo el país, siguiendo las recomendaciones que realiza la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los ESA en los que se realizaron las entrevistas, funcionan como un servicio “amigable” dentro de los centros de salud del primer nivel en Montevideo vinculados a la Red de Atención del Primer nivel (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Mediante la realización de entrevistas semi dirigidas a adolescentes usuarios hombres y mujeres usuarios/as de los servicios de salud, profesionales integrantes de equipos de atención de los servicios y gestoras y decisoras a nivel político-programático, se trabajó sobre la percepción de los/as adolescentes sobre el abordaje de sus derechos sexuales y reproductivos y, sobre la incidencia de las acciones de los servicios de salud en relación a sus comportamientos y conocimientos sobre derechos, sexualidad y en particular, derechos sexuales y reproductivos.

El trabajo se divide en seis apartados y se incluye una sección de anexos en donde se pueden encontrar los instrumentos utilizados para el relevamiento de la información (ficha socio demográfica, pautas de entrevista, consentimiento informado, etc.).

El segundo apartado refiere a la fundamentación y antecedentes, aquí se desarrollan aspectos vinculados a la situación de salud de los/as adolescentes en nuestro país y en la región, destacándose el interés que tiene esta temática a la hora de incidir en los avances políticos, económicos y sociales vinculados al desarrollo de nuestras sociedades. Se incluyen datos relevantes aportados por la Encuesta Nacional de Juventud (ENAJ, 2008) y se describe el estado de situación de la adolescencia y juventud como núcleo de interés académico. Se realiza además un recorte con relación a los cambios en las políticas e incorporación de leyes vinculadas a la salud a partir de la asunción del primer gobierno de izquierda en nuestro país en el año 2005.

En el tercer apartado, se presentan algunas de las principales categorías conceptuales que orientan el análisis del material empírico que se obtuvo a través de esta investigación. Son conceptos generales que permiten ubicar las principales perspectivas teóricas que sustentan

el trabajo de esta tesis. Se incluyen discusiones en torno a las categorías adolescencia y juventud delimitando sus alcances ya que son dos categorías que refieren a construcciones socio-históricas culturales y relacionales. Han sido propuestas desde las ciencias sociales y humanas y desde las ciencias biomédicas haciendo diversos recortes y definiciones. Se realiza un abordaje sobre las instituciones y el vínculo que se establece con ellas y como proponen modelos de comportamiento y mantienen normas sociales. Otro concepto clave es el de atención primaria de la salud, definiendo al Primer Nivel de Atención como el conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos, organizados para resolver las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en la atención de la salud de una población dada. Constituye la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud. Juega un rol fundamental en adolescentes el trabajo vinculado a los lugares donde se desarrolla su vida cotidiana, instituciones educativas, deportivas y recreativas. Finalmente los conceptos de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos son incorporados dada la enorme trascendencia que tienen para esta tesis siendo conceptos claves a la hora de definir el problema de investigación y realizar el análisis de los resultados. Los servicios de salud que atiendan adolescentes deberán garantizar el acceso universal, equitativo, de calidad y con continuidad de prestaciones y acciones colectivas e individuales vinculadas a la salud y derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente y joven (MSP 2009).

En el cuarto y quinto apartado presentan la construcción del problema de investigación centrado en la ubicación de los/as adolescentes como sujetos de una política pública, en particular desde la implementación de un programa de salud a través de los servicios públicos y se explicitan las preguntas orientadoras de la tesis así como su objetivo general y objetivos específicos. Se destaca la pertinencia de incorporar la mirada de los/as adolescentes y los aportes que la tesis pretende hacer en relación a sus percepciones sobre el abordaje de sus derechos sexuales y reproductivos por parte de los equipos de salud de los ESA.

El sexto apartado explicita la fundamentación metodológica con la que fue realizada la tesis, enmarcada en una metodología cualitativa y mediante un estudio de tipo exploratorio y descriptivo. Son mencionados los criterios muestrales, tanto de los/as adolescentes participantes como de los ESA seleccionados para el estudio. Las técnicas y herramientas para la recolección de la información que fueron utilizadas, son explicitadas y fundamentadas.

Finalmente, en los apartados 7 y 8 se realiza el análisis de la información recolectada y se presentan las conclusiones- Los resultados se estructuran, en cinco capítulos organizados en base a las categorías analíticas que guiaron la codificación, sistematización y posterior análisis de la información recogida. En cada categoría se conjugan dos perspectivas: la voz de los/as adolescentes y la de los equipos de salud sumándose además la opinión de los gestores y decisores de políticas vinculados a la salud sexual y reproductiva dirigidas a esta población.

2. Fundamentación y Antecedentes

La salud de adolescentes y jóvenes en Uruguay y la región.

La salud sexual y reproductiva (SSR) de la población adolescente y joven es un asunto de alto interés a nivel regional y mundial. El adecuado desarrollo de adolescentes y jóvenes en una sociedad es uno de los elementos clave para el avance y progreso económico social y político de nuestras sociedades, ya que entre otros, forman parte de las generaciones de reemplazo en los ámbitos productivos. Esto queda particularmente establecido a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), que tuvo lugar en El Cairo (1994) cuando en su Programa de Acción señala que los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) son derechos humanos que deben ser respetados y garantizados, haciendo particular énfasis en los derechos de las mujeres y de adolescentes y jóvenes.

Desde el punto de vista demográfico, en los/as adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años es sobre quienes recae el grueso de la reproducción biológica, acentuándose notoriamente en el período que va de los 20 a los 29 años. (Cepal-Celade, 2010).

Uruguay no escapa a esta realidad y, si bien tradicionalmente hemos tenido un comportamiento demográfico de tipo “moderno”, ya sobre fines del siglo XX se comienzan a observar características que lo ubican en lo que se da en llamar la “segunda transición demográfica” (Varela, 2012). Ello implica, entre otras observaciones, que nuestro país se ha caracterizado por la reducción paulatina de la tasa de fecundidad encontrándose hoy con problemas en el remplazo poblacional. Son las mujeres más pobres, con necesidades básicas insatisfechas y en particular, adolescentes y jóvenes, quienes continúan reproduciéndose en mayor nivel. El estudio de la fecundidad en la adolescencia en Uruguay, permite constatar un comportamiento oscilante desde la década del 60, con importante aumento en la década de los 90 y desde allí, se ha mantenido en niveles que varían hacia arriba o hacia abajo sin ser demasiado significativo. (Varela, 2007).

Según algunos actores, la población adolescente y joven ha sido la gran omitida en lo que al sistema de protección social se refiere (Bango, 2007), generándose una serie de “problemas” que comienzan a “hacer ruido” en las sociedades actuales y donde este grupo poblacional ocupa un lugar relevante: adicciones, violencia, maternidad y paternidad, temprana, accidentes de tránsito, etc.

Benedet y Ramos (2005), sistematizaron la producción nacional sobre adolescencia y sexualidad durante el período 1995 - 2004, así como relevaron distintas intervenciones

socio-educativas desde el Estado y desde organizaciones de la sociedad civil. Las autoras señalan que los estudios sobre sexualidad han sido poco considerados en comparación con el peso que tiene este tema en la agenda de las políticas de salud.

En los últimos años, el foco en la juventud se ha incrementado tanto mediante el desarrollo de estudios desde el ámbito académico como en la elaboración de políticas públicas (ENAJ 2008, Plan nacional de Juventudes 2011, Plan de Acción de Juventudes 2015-2015).

La temática de la salud de adolescentes y jóvenes ha ido captando una creciente atención, desde el Estado y la sociedad civil. Esto se expresa por ejemplo a través de la ratificación de la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes en el año 2008 y la aprobación del Código de la Niñez y Adolescencia en el año 2004. A partir de 2003, con la puesta en marcha del Programa Infamilia (Presidencia de la República 2003-2004; MIDES 2005-2012), se han implementado una serie de acciones que apuntan a generar desde el sector salud, distintas intervenciones que promueven la promoción de la atención específica en los espacios de salud adolescente. Este tipo de programas (como el Programa Infamilia) podrían ser incluidos bajo la idea de “excepcionalidad institucional”, previo a su incorporación y luego absorción a partir de la instalación en Uruguay (como en otros países de Latinoamérica) del Ministerio de Desarrollo Social (Midaglia y otros, 2011).

La salud de adolescentes y jóvenes se ve principalmente amenazada por causas externas y el nivel de morbi-mortalidad por enfermedades es bajo. La primera causa de muerte en menores de 30 años son los accidentes de tránsito. En general, los/as jóvenes utilizan los servicios de salud cuando se enferman o se sienten mal. El informe preliminar de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (MIDES-Infamilia 2009) plantea cómo a partir de la entrada en vigencia del Sistema Nacional Integrado de Salud SNIS) en enero de 2008, la cobertura en salud de adolescentes y jóvenes (en el rango etario de 12 a 29 años) supera el 95 % de la población, dividiéndose la atención en Montevideo, entre el sector público (65,7%) y el sector privado (46,6%), respectivamente. Según datos publicados por INJU en base a elaboración a partir de la Encuesta Continua de Hogares, en 2012, 29% de los jóvenes montevideanos se atienden en el sector público frente a 70,6% que lo realiza en el sector privado (Plan de Acción de Juventudes 2015-2015), lo cual muestra un cambio significativo en los últimos años. Casi 80% de adolescentes y jóvenes habían tenido una consulta de salud en el último año y quienes no habían consultado, en su mayoría lo atribuyen a no tener motivos para hacerlo. 24% de las mujeres entre 15 y 24 años realizó una consulta vinculada a salud sexual en el último año. En este ítem es significativa la diferencia entre varones y mujeres, ya que según los tramos de edad, las mujeres duplican o hasta cuadruplican a los varones (Filardo, 2010).

Desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha establecido una estrategia Regional para Mejorar la Salud de los Adolescentes, la cual propone como aspectos centrales a tomar en cuenta: la atención primaria de salud, la promoción de la salud, la protección social y los factores sociales determinantes de la salud. Destacando a su vez el enfoque integral de salud lo cual repercute en mejores resultados en la SSR de adolescentes y jóvenes. (OPS, 2008).

A nivel regional esto se ha visto plasmado en la creación de programas de atención a la salud de adolescentes y jóvenes con énfasis en la SSR, en algunos casos con alcances nacionales y en otros, a nivel provincial y/o municipal (Gogna, 2011; Weller, 2000).

En Uruguay, en el año 2005, se crea el Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia en la órbita del Consejo Nacional de Políticas Sociales, con el cometido de delinear acciones estratégicas desde las políticas públicas con perspectiva de mediano plazo. Dicho cometido se plasma en 2008 en el acuerdo inter institucional denominado Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030 (ENIA), integrado por todos los organismos del Poder Ejecutivo, Entes autónomos y servicios descentralizados que están vinculados a las políticas del sector niñez y adolescencia.

El objetivo principal fue formular lineamientos estratégicos que contribuyan a enfrentar los principales retos que el país enfrenta en materia de infancia y adolescencia. Para ello, se convocó a una discusión amplia que involucró a los organismos públicos, las organizaciones de la sociedad civil, los organismos internacionales, el Poder Legislativo, el Poder Judicial, los sectores empresariales, académicos, entre otros. En el marco del trabajo de ENIA se produjeron una serie de documentos técnicos relevantes. Por ejemplo, el informe elaborado por Baleato (2008) tuvo como objetivo incorporar la información obtenida de la sistematización de producciones escritas disponibles entre 2003 y 2008 sobre estudios de percepción y opinión de adolescentes sobre diversos temas del acontecer social. La autora destaca el escaso número de estudios que existen en nuestro medio sobre las opiniones y perspectivas de adolescentes así como la dispersión e invisibilización de la insuficiente información disponible.

En América Latina y el Caribe, 21% de los partos son de mujeres menores de 20 años y la mitad de esos embarazos no fueron planeados, siendo la edad de inicio de las relaciones sexuales cada vez más temprana (OPS, 2008).

De acuerdo a los datos de Censo 2011, publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011), Uruguay cuenta con 502.697 adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, lo que representa un 15,4 % del total de la población del país la cual se ubica en 3.268.314

personas. La distribución de la población joven en el territorio nacional refleja que Montevideo es el departamento con mayor cantidad de adolescentes y jóvenes, 203.175, distribuidos por sexo en 100.413 varones y 102.762 mujeres en una población total para el departamento de 1.319.108.

En el país se producen cada año aproximadamente 8.000 nacimientos en adolescentes madres, considerando el tramo de 10 a 19 años de edad, lo que representa alrededor del 16 % de todos los nacimientos a nivel nacional (MSP 2011). 67% de los/as adolescentes de entre 15 y 19 años son activos sexualmente y 55% reportan tener pareja estable o en relaciones pasajeras (Filardo, 2010).

Según la ENAJ, menos del 2 % de los/as adolescentes y jóvenes identifican como fuente de información sobre sexualidad a integrantes del equipo de salud (médico, psicólogo). Según datos de la II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. Uruguay 2012 (Grumbaun, 2012) donde fueron encuestados cerca de cuatro mil adolescentes de segundo, tercero y cuarto año de enseñanza secundaria de centros públicos y privados de localidades con 5.000 o más habitantes, 39,8% de los varones y 29,5% de las mujeres declaran haberse iniciado sexualmente, lo cual corresponde al 32,4% de la población encuestada. Dentro de los menores de 15 años 20% ya se ha iniciado en las relaciones sexuales así como 50,2% de los mayores de 15 años, a su vez un 34,7% declara haber tenido relaciones antes de los 14 años. Si atendemos a los resultados vinculados al uso de preservativo y métodos anticonceptivos, 71,7% utilizó preservativo en la última relación sexual frente a 15,9% que manifiesta no haberlo utilizado. Sólo un estudiante de cada 10 menciona a los centros de salud como lugar donde conseguir preservativos, lo cual puede ser interpretado como un desconocimiento debido a la escasa difusión del derecho al acceso gratuito a los mismos. La utilización de otros métodos anticonceptivos diferentes al preservativo en su última relación sexual es planteada por el 44,8% de los estudiantes.

Las cifras de nuestro país son bastante similares a las existentes a nivel regional, en Latinoamérica y el Caribe se viene dando la tendencia a la baja en la tasa general de fecundidad, aunque esto es dispar en relación a la tasa de fecundidad adolescente en cada país donde se dan diferentes situaciones. Es destacable que en América Latina es en la única región donde la fecundidad adolescente tiende a aumentar. (Jiménez y otros, 2011).

Según datos de UNICEF (2007) hay 106 millones de jóvenes entre 15 y 24 años de edad en América Latina y el Caribe y más de 100 millones de adolescentes entre 10 y 18 años de edad, el mayor número de jóvenes en la historia de la región, muchos de ellos, 39%, viven en situación de pobreza a su vez, 15 millones de adolescentes viven en pobreza extrema. La brecha entre los sectores de la población de altos ingresos y la de bajos ingresos en los

centros urbanos afecta cada vez más las vidas de los adolescentes. Alrededor de un 25 a un 32% de la población de 12 a 24 años de edad en la región vive con factores de riesgo tales como la deserción escolar, la maternidad adolescente, el desempleo, la adicción a las drogas, o los problemas con las autoridades.

Las políticas de salud en Uruguay (2005 a la fecha)

En el año 2005, asume el partido Frente Amplio en el gobierno nacional para el período 2005-2009. Por primera vez en la historia del país, una fuerza política de izquierda asumió la jefatura de gobierno a nivel nacional, lo cual trajo como consecuencia una serie de cambios en la orientación de la política social y en particular, en las políticas de salud, en lo que se dio a llamar “reforma de la salud” (Midaglia y Antía, 2007). La reforma del sector instrumentada a partir de 2008 ha significado un cambio muy importante en términos de aseguramiento y accesibilidad (Ley N°18.131). La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley N° 18.211) implica, entre otros, un cambio significativo del modelo de atención, privilegiando, el primer nivel de atención, la atención integral y jerarquizando la promoción y prevención. Mediante la reforma del sector se da la descentralización de ASSE (Ley 18161) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) queda fortalecido en su rol de rector de las políticas de salud. El cambio en el modelo de atención, el cambio del modelo de gestión y el del modelo de financiamiento son los ejes principales que sustenta la reforma del sector.

Respecto a la salud de la población adolescente, desde 2005, se pueden señalar varias iniciativas y experiencias que se han instrumentado desde diversos ámbitos. La Policlínica de Adolescentes del Programa Apex-Cerro de la Universidad de la República (UdelaR), las Policlínicas Adolescentes de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), constituyen antecedentes relevantes en la creación del Programa Nacional de Salud Adolescente (MSP, 2007). Por su parte, los Espacios de Salud Adolescente (ESA) son creados en convenio entre el Programa Infamilia (MIDES) y el MSP, comenzando a funcionar a partir del año 2006, instalándose gradualmente a lo largo de Montevideo y el interior del país. Se definen como características de estos espacios, la accesibilidad geográfica, cultural y administrativa, que incluye estar ubicados o vinculados con lugares que sean de interés de la población adolescente, contar con infraestructura adecuada (baños, sala de espera con material audiovisual y folletería, consultorios que garanticen confidencialidad y estén correctamente equipados, etc.) además de la accesibilidad vinculada a los horarios de atención.

En 2009, el MSP define las “Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención”. Allí se establecen las pautas para la atención integral, de calidad y universal dirigida a adolescentes. El modelo de atención integral de adolescentes, privilegia la promoción de estilos de vida saludable, la prevención de riesgos, potencia fortalezas, se centra no solo en la familia sino en el soporte social con el que cuenta el o la adolescente que será a su vez quien tenga una activa participación tanto en los servicios de salud como en los otros ámbitos donde estudian, trabajan o se recrean. Es sumamente importante contar con un equipo multidisciplinario con orientación bio-psico-social. A su vez se destaca la importancia del trabajo en red, el vínculo con la comunidad y las organizaciones e instituciones como modo de poder abordar las diferentes adolescencias y sus necesidades.

En Montevideo, el sector público se organiza en el Primer Nivel a través de la Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE), desplegándose a lo largo del departamento a través de más de 100 puntos de contacto de efectores de salud con la población, con el objetivo de brindar atención integral a la población con aseguramiento de ASSE, desde un enfoque preventivo y con énfasis en la promoción de salud. En algunos centros de salud integrantes de esta Red, se llevan adelante los ESA enmarcados en el Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud del MSP, el cual cuando fue creado coincidía en su población objetivo con la franja etárea definida por la Organización Mundial de la Salud de forma operativa como adolescencia (entre los 10 y los 19 años).

A partir de 2011, el Programa pasa a llamarse Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud extendiendo la población objetivo hasta los 24 años. Sin embargo, el tramo de edad sobre juventud al que adhieren la mayoría de los autores es hasta los 29 años. A modo de ejemplo, el Instituto Nacional de la Juventud (INJU) en Uruguay promueve políticas dirigidas a jóvenes de 14 a 29 años.

Específicamente, en el campo de la salud sexual y reproductiva, en el año 2008, se aprueba la Ley Nº 18426 “Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”, en tanto ley marco que reconoce y protege los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. La Ley establece consideraciones específicas respecto a la población adolescente. A través del artículo 7º promueve la incorporación al Código de la Niñez y la Adolescencia de un artículo (11 bis) donde se plantea la confidencialidad a la que tienen derecho los y las adolescentes así como su capacidad de tomar decisiones basadas en información clara y oportuna relacionada con su SSR, atendiendo a la noción de autonomía progresiva. A nivel general, plantea los servicios que se deben prestar en los distintos niveles de atención, destinados a

toda la población. En el Primer Nivel de Atención, los servicios deberán contener las siguientes prestaciones:

- asesoramiento y provisión de métodos anticonceptivos;
- consejería, detección y tratamiento de ITS;
- control obstétrico en embarazos normales;
- asesoramiento en situaciones de embarazo no deseado-no aceptado;
- control ginecológico y screening genito-mamario;
- promoción climaterios saludables;
- detección y consejería en situaciones de violencia domestica;
- abordaje integral salud mental y social, incluyendo adicciones;
- abordaje integral salud de mujeres y varones adolescentes.

La ley fue reglamentada por el MSP en setiembre de 2010 para su puesta en marcha en los servicios del SNIS a partir de enero de 2011. Esta ley, 18426, le otorgó rango jurídico superior a un conjunto de acciones programáticas, normativas y guías clínicas en distintos componentes de la SSR que se desarrollaban en el país desde años atrás.

3. Referencias teóricas

En este apartado se presentan algunos de las principales categorías conceptuales que orientan el análisis del material empírico que se obtuvo a través de esta investigación. Son conceptos generales que permiten ubicar las principales perspectivas teóricas que sustentan el trabajo de esta tesis.

Adolescencia y juventud

Adolescencia y juventud son dos categorías que refieren a construcciones socio-históricas culturales y relacionales. Han sido propuestas desde las ciencias sociales y humanas y desde las ciencias biomédicas haciendo diversos recortes y definiciones. Según algunos autores (Krauskopf, 2000; Duarte 2000) se podría hablar de adolescencias y juventudes ya que ello refleja de mejor manera la diversidad y variabilidad socio - histórica y territorial de la población a la que refieren. Quienes han escrito o investigado sobre estas poblaciones han estado centrados en dar cuenta de la etapa que media entre la infancia y la adultez, las que a su vez, también se constituyen en categorías fruto de construcciones y significaciones sociales en contextos históricos y sociedades determinadas, en un proceso de permanente cambio y resignificaciones. (D`Avila, 2004).

Los límites etéreos de la adolescencia y juventud y su operacionalización estadística es un terreno donde se pueden observar consensos y disensos. Lo mismo sucede con el recorte operativo que realizan algunos programas vinculados a las políticas sociales y de salud dirigidas a esta población.

“La definición de la categoría juventud se puede articular en función de dos conceptos: lo juvenil y lo cotidiano. Lo juvenil nos remite al proceso psicosocial de construcción de la identidad y lo cotidiano al contexto de relaciones y prácticas sociales en las cuales dicho proceso se realiza, con anclaje en factores ecológicos, culturales y socioeconómicos. La potencia de esta óptica radica sustancialmente en ampliar la visión sobre el actor, incorporando la variable sociocultural a la demográfica, psicológica o a categorizaciones estructurales que corresponden a las que tradicionalmente se han utilizado para su definición. Entonces lo que incluye es la variable vida cotidiana que define la vivencia y experiencia del período juvenil” (D`Avila, 2004, p. 92).

La OMS define la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez inicia su independencia económica, indicando que los adolescentes serían todos aquellos sujetos entre los 10 y los 19 años de edad. Así también la Asamblea General de las

Naciones Unidas en 1985 con motivo de celebrarse el año internacional de la Juventud, define juventud como la etapa comprendida entre los 15 y los 24 años.

Esto implica un período caracterizado por importantes cambios físicos, cognoscitivos, afectivos y de relacionamiento social, que incluyen la madurez sexual y reproductiva, la adquisición gradual de comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevas destrezas.

Krauskopf (2000), presenta cuatro paradigmas de abordaje de las políticas dirigidas a adolescentes:

1. aquel que toma a la adolescencia como una etapa preparatoria para la edad adulta;
2. el que considera la adolescencia como una etapa de conflictos y problemas;
3. el que indica a los y las adolescentes como actores estratégicos del desarrollo;
4. y finalmente, el paradigma de la juventud ciudadana.

El primero y el segundo se basan en concepciones negativas acerca de esta franja etárea, definiéndola desde la incompletud o vinculado a problemas a resolver. La tercera como objeto de la preparación de la o el adolescente en función a las exigencias cambiantes de la sociedad globalizada y el cuarto les ubica como sujetos de derecho.

Adolescentes e Instituciones

Un actor clave que acompaña a los adolescentes son las instituciones. Hablar de instituciones implica situarnos en medio de un marco de normas, modelos y valores que son a su vez modeladores y “modelizantes”.

Tomando los aportes de la escuela francesa de pensamiento, podemos definir a las instituciones como “...formas sociales visibles por estar dotadas de una organización jurídica y/o material...” (Loureau, 1994) que instituyen un ordenamiento, una forma de funcionamiento, un orden posible: un mundo de significados y significantes, un universo simbólico. Establece lo que se puede y lo que no, los cómo, los mecanismos, ofrece canales de circulación (de los cuerpos, los discursos, los saberes y los deseos); formaliza y oferta una organización social. De este modo, establece lo que Loureau denomina una ruptura entre lo deseable, lo prohibido y lo obligatorio, introduce así una lógica clasificatoria –lógica que al mismo tiempo la sostiene y produce.

Las instituciones erigen así, modelos de acción posible, que por supuesto no son unívocos ni coherentes; y desde allí proponen modelos de comportamiento, mantienen normas sociales, integran a “los usuarios” dentro del sistema social.

La función entonces de las instituciones de salud no será meramente asistencial, sino que asumirá un rol de producción de subjetividad (de formas de pensarnos y pensar el mundo) en cuanto intervención para favorecer el desarrollo.

Es sumamente relevante desde la educación y la salud ofrecerle al sujeto alternativas reales y efectivas; procurando satisfacer diversas necesidades: de ser, tener, hacer y estar; y por otra parte también de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, identidad etc. Esto se debe realizar, aspirando siempre a construir satisfactores sinérgicos, ya que según Max-Neef (1993) las necesidades de las personas son múltiples e interdependientes, por lo que su abordaje debe ser lo más integral posible, potenciándose así su continua y recíproca retroalimentación, apuntando a lograr la transformación de la persona- objeto en persona sujeto del desarrollo.

La atención de la salud en el primer nivel

La atención primaria en salud como concepto se instala a partir de la declaración de Alma-Ata (1978), estableciendo a la salud como un derecho humano fundamental y objetivo prioritario para todo el mundo estrechamente vinculado al espíritu de justicia social del desarrollo. Es reforzado por la Carta de Ottawa de 1986 destacando la promoción de salud como un valor ligado al progreso no solo personal y social sino como económico y político.

El Primer Nivel de Atención es el conjunto de recursos y procedimientos tecnológicos, organizados para resolver las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en la atención de la salud de una población dada. Constituye la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud. Un funcionamiento adecuado del Primer Nivel, unido a un relacionamiento armónico con los otros niveles, le permite resolver a nivel local un elevado porcentaje de problemas de salud, seleccionando y derivando los casos que requieren otros niveles de atención.

Para esto es necesario contar con los recursos humanos formados y capacitados para el trabajo específico en este nivel que implica además el trabajar cerca de donde las personas viven y desarrollan su vida cotidiana. El personal que trabaja en esta área de la salud debe resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población con la que trabaja con la cual además tendrá un vínculo que trasciende las consultas puntuales frente a un problema de salud generando así un proceso del cuidado de la salud continuo y contextualizado en una determinada comunidad. Se espera que la comunidad *participe* en las etapas de

diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud y no ser simplemente objeto de las mismas. Se promueve el trabajo en equipo con una mirada integral sobre la salud de las personas considerando al ser humano como un ser bio-psico-social. Otro aspecto muy importante tiene que ver con la importancia que para este modelo tiene el trabajo intersectorial ya que es el que permite generar las condiciones de equidad y contención necesarias para el verdadero acompañamiento de la salud de los sujetos, las familias y las comunidades.

En síntesis podríamos decir que concibe la atención en salud como un derecho humano fundamental subrayando la relevancia de los determinantes sociales y políticos en la producción de la salud y su atención institucional. La Organización Mundial de la Salud (OMS), entiende por determinantes sociales de la salud aquellas circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. Todas ellas atravesadas por asuntos vinculados a lo económico, lo político y lo social, como marcos en los que se dan las condiciones de desarrollo de las sociedades. Factores como la etnia, el género, el nivel educativo o socioeconómico tienen directas repercusiones en relación a la salud de las personas, de esta manera, los determinantes de la salud, son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. Este concepto surge en 1974, a partir de los aportes realizados por el entonces Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, quien creó un modelo, aún vigente, que explica los determinantes de la salud, donde ambiente y estilo de vida junto a los factores biológicos y la organización de los servicios de salud tienen consecuencias constitutivas directas.

Los/as adolescentes y jóvenes se ven particularmente afectados por estas circunstancias y de ahí la profunda importancia que tiene la atención primaria de la población adolescente. La salud de adolescentes y jóvenes debe ser concebida desde una mirada integral e integradora, esto implica aspectos que hacen al bienestar personal, la construcción de autonomía y autoestima, entre otras. La atención, promoción y prevención de la salud de los y las adolescentes y jóvenes, implica favorecer la construcción de un bienestar psíquico y físico, que posibilite el desarrollo de sus potencialidades y promueva sus vínculos en un entorno continente. El enfoque integral debe estar orientado a los y las adolescentes, sus familias y su entorno (barrio, centros educativos, espacios de socialización, centros deportivos, etc.).

Salud y derechos sexuales y reproductivos

La sexualidad y la SSR ocupan un lugar central en la salud, el bienestar y la vida de las/os adolescentes y jóvenes. Los derechos sexuales y reproductivos son considerados como derechos humanos siendo responsabilidad del Estado garantizar y generar las condiciones necesarias para su ejercicio.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son uno de los ejes fundamentales de construcción de ciudadanía y de profundización de la democracia. Tienen que ver con el poder que tienen cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su actividad sexual, fertilidad, capacidad reproductiva, cuidado y crianza de los hijos, así como con garantizar los recursos para poder llevar adelante esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones. Los derechos tienen una dimensión individual y una social, la primera tiene que ver con que debe garantizarse la libertad de cada persona para poder decidir así como a nivel social se deben dar las condiciones para que eso sea respetado (Correa y Petchesky, 1994).

Los servicios de salud que atiendan adolescentes y jóvenes deberán garantizar el acceso universal, equitativo, de calidad y con continuidad de prestaciones y acciones colectivas e individuales vinculadas a la SSR y a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente y joven (MSP, 2009).

Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, ejercer el derecho de tener o no hijos, cuántos y cuándo; contar con información que permita tomar decisiones libres e informadas sin sufrir discriminación, violencia o coerción; acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y aceptados así como a la atención específica en embarazos y partos que permitan transitarlos sin riesgos. A esto podemos sumar la atención integral y de calidad en relación a situaciones de violencia y abuso así como la promoción, prevención y atención de los diversos eventos relacionados con la SSR independientemente de la etnia, orientación sexual, edad o clase social de la persona (CIPD, 1994).

El desarrollo y la salud de adolescentes y jóvenes se vuelve imprescindible a la hora de pensar en avances económicos, sociales y políticos de las sociedades, por lo que se han ido adscribiendo a una serie de programas internacionales que tienen objetivos concretos relacionados con la salud de los adolescentes.

En el escenario nacional, se constata un gradual pasaje de un modelo materno-infantil hacia

un modelo integral en SSR (López, 2003). En este sentido, las reformas en la atención a la SSR se encaminan hacia un modelo fundamentado en una concepción integral de la salud, con equipos multidisciplinarios actuando en terreno, considerando a las y los usuarios de los servicios como sujetos de derechos y que promueva el ejercicio de ciudadanía. Emerge así la atención focalizada hacia lo/as adolescentes que reconoce el derecho propio de tener una vida sexual placentera, acceso a servicios y educación en sexualidad y a una autonomía sexual, responsabilidad, cuidado y auto cuidado en el ejercicio de la misma.

Sin embargo la atención de la salud de esta población parecería centrarse desde una perspectiva del riesgo y no de derechos. Si bien este paradigma ha permeado los discursos políticos, no se observa su incorporación en las prácticas concretas de los/as profesionales (Amorín, Carril, Güida, 2006). Esto es de suma importancia ya que en la medida que los sujetos se empoderan y ejercen plenamente sus derechos se generan mejores condiciones para la construcción de sociedades más justas y mejores niveles de ejercicio de la ciudadanía.

Los derechos sexuales y reproductivos, son generalmente considerados en conjunto, lo cual en general invisibiliza a los primeros en detrimento de los segundos. Se pueden observar avances en el campo de la salud y los derechos reproductivos que parecerían estar más integrados a las políticas de salud y en particular, aquellas dirigidas a la población adolescente y joven. De esta manera cuando se habla de salud sexual y reproductiva, la salud sexual queda generalmente invisibilizada. (López, 2005).

Las políticas son productoras de valores, de identidades, de modalidades de relación, de discursos y de lenguajes (Fleury, 2002). Esto implica que tienen un alto grado de incidencia en la producción de subjetividades de sus destinatarios.

En las políticas de SSR se pueden observar una diversidad de enfoques y concepciones en los que se basan las orientaciones y lineamientos a llevar adelante en aquellas dirigidas a adolescentes. En la misma dirección se puede señalar la carencia de formación específica en sexualidad que tienen los responsables de llevar adelante las políticas educativas y las de salud, así como en algunos casos la ausencia del abordaje de algunas temáticas vinculadas a la sexualidad de los y las adolescentes. (Amorín, Carril, Güida, 2005).

Es importante tener claro que para promover que los y las adolescentes puedan tomar decisiones vinculadas a su SSR de manera informada y libre se debe poder trabajar con ellos sobre auto cuidado, conductas de riesgo, afectividad, derechos, deseos y se les debe brindar información oportuna, pertinente y de calidad, de una manera acorde a sus necesidades y tomando en cuenta su grado de madurez y comprensión.

Es importante también destacar la distinción por parte de los sujetos de los que son sus derechos a un nivel más formal y la apropiación de las capacidades para su ejercicio. En este sentido, Amuchastegui y Rivas (2004) desde una mirada foucaultea relatan cómo la construcción histórica y social incide en *“el proceso subjetivo por el cual las personas reconocen sus posibilidades de disponer de sus cuerpos, de su sexualidad y reproducción y se otorgan a sí mismas la autorización para hacerlo, de ahí que exijan condiciones sociales, económicas e institucionales favorables para el ejercicio de los derechos”* (p.544).

4. Problema de investigación

Me he propuesto trabajar desde algunas preguntas que ubican a los y las adolescentes y jóvenes como sujetos de una política pública, en particular desde la implementación de un programa de salud a través de un servicio público.

Las políticas públicas suponen una concepción de Estado y de Sociedad y del tipo de relación que se establece entre ambos y con el mercado (Fleury, 2002). En este marco, los regímenes de bienestar que se instituyen otorgan a estos tres agentes un peso relativo diferente que va desde aquellos que dejan librada la protección al mercado otorgando al Estado un papel mínimo ligado a la asistencia a aquellos sujetos que viven en situaciones consideradas inaceptables (régimen de bienestar liberal-residual), hasta los que atribuyen al Estado un lugar central en la protección y ligan ésta al igualitarismo y al principio de ciudadanía (régimen de bienestar social demócrata) (Esping-Andersen, 2000).

Al mismo tiempo, en la relación de los sujetos con la política, éstos construyen significados acerca de las mismas y le atribuyen intencionalidades. Conocer estos significados puede aportar a entender algunas respuestas que las personas desarrollan en el marco de los programas sociales, sus expectativas, sus valoraciones en relación al grado en el que cubren o no sus necesidades, y el impacto de aquéllas. También implica, desde la percepción de los sujetos, ubicar el peso relativo de las políticas en relación a otros factores que operan en la vida cotidiana (familia, redes sociales, barrio) y que contribuyen a los procesos inclusivos. Este punto es de particular interés en tanto, rescatar la voz de lo/as adolescentes y jóvenes usuario/as de los servicios de salud y recoger e intercambiar en torno a sus vivencias, percepciones y opiniones sobre la atención a sus derechos sexuales desde los equipos y servicios de salud a los que asisten. Cabe destacar que la participación de los/as involucrados tiene un sentido político y ético, se busca a través de la investigación conocer su punto de vista con respecto a algo que les atañe directamente en su vida cotidiana y cuya transmisión puede servir como insumo a la hora del diseño de políticas de salud sexual dirigidas a esta población.

Si bien como se planteó anteriormente, la salud adolescente y, en particular, la atención a sus derechos sexuales y reproductivos se ha puesto en la agenda de las políticas en los últimos años, la fuerza de este asunto es significativamente menor frente a otros problemas que parecen tener mejores resultados a la hora de la adjudicación de recursos y acciones. En cada una de las etapas de una política pública (no siempre abordadas como secuenciales) - formulación-diseño, implementación-ejecución, evaluación y monitoreo - ésta

se enfrenta a problemas políticos, institucionales y técnicos distintos, atravesados a su vez por lógicas e intereses diferentes.

A esto podemos sumar las dificultades propias de adolescentes y jóvenes en organizarse y generar incidencia en los temas que les atañen directamente, al menos en la forma tradicional o que permita generar verdaderos diálogos con aquellos agentes decisores de las políticas. Barba (2003), plantea que los temas vinculados a juventud e infancia ingresan a la agenda por estar vinculados a la pobreza, de hecho en el caso particular de los derechos sexuales en adolescentes y jóvenes estos son tomados a partir de los derechos reproductivos y con la carátula vinculada a los embarazos en la adolescencia, o de la mano de los movimientos producidos por la mujeres organizadas.

La opinión de los/as adolescentes en particular no aparece relevada en los estudios vinculados a la temática en la región sino es a través de encuestas que en general son aplicadas sobre población cautiva en centros educativos, esto empobrece la mirada sobre el tema ya que son aquellas voces más vulnerables las que quedan silenciadas en la mayoría de los análisis.

La puesta en marcha de los Espacios de Salud Adolescente (ESA) en el sector público en nuestro país lleva ya unos ocho años¹ y no ha sido evaluada en relación a su pertinencia, eficacia y eficiencia. En los objetivos de su creación queda claro que se intenta promover la reducción gradual de las brechas de acceso y calidad de los servicios de salud hacia esta población. Son varios los actores que plantean “la poca cobertura” que tienen a pesar de que actualmente funcionan 55 ESA en todo el país dependientes administrativa y funcionalmente de diferentes Centros de Salud de ASSE y regidos por el Programa Nacional de Salud Adolescente. No fue posible acceder a la información sobre cantidad de usuarios o prestaciones que se brindan en estos servicios ya que no están disponibles al menos en los espacios de información pública con los que cuenta ASSE hasta el momento de redacción de esta tesis.

Varios trabajos de otros países de Latinoamérica coinciden en que los servicios de salud amigables dirigidos a la población adolescente son necesarios pero no suficientes ya que no son identificados por la mayoría de la población como el lugar al cual acudir en busca de orientación sobre sexualidad o salud sexual y reproductiva. (Pacheco y otros, 2005; Gonzalez y otros, 2005; Mota y otros, 2010; Luengo y otros, 2012.)

¹ En 2005, el MSP y el MIDES establecen la firma de un acuerdo con fondos BID de apoyo a la niñez y adolescencia en riesgo, que en su línea 1.4 establece tres subprogramas relacionados con Adolescencia: 1) Apertura de 41 espacios adolescentes (que se concretan entre 2006 y 2009), 2) el Subprograma de acompañamiento a las madres adolescentes, y 3) capacitación de promotores juveniles. En el año 2007, el MSP en su Programa Nacional de Salud Adolescente establece como meta proponer la creación y/o adecuación de al menos un espacio adolescente por Departamento.

En nuestro país en el año 2013 se realizó un llamado con el objetivo de realizar una evaluación de este componente financiado por la ENIA a través de un préstamo del Bando Interamericano de Desarrollo (financiamiento que al día de hoy cubre el costo salarial de algunos técnicos que trabajan en este tema desde MIDES y ASSE). El objetivo general fue “generar una revisión diagnóstica cualitativa del funcionamiento de los servicios de salud integral de ASSE dirigidos a adolescentes” y así recabar recomendaciones para enriquecer el modelo de atención. Es muy interesante que dentro de los objetivos específicos se encuentre el recoger la evaluación de los y las adolescentes y los técnicos de los Espacios Adolescentes sobre su funcionamiento y resultados alcanzados así como lo que refiere al trabajo coordinado dentro del área salud y con otros servicios y redes sociales locales, en particular instituciones educativas formales y no formales. En lo que refiere a SSR los objetivos están vinculados al trabajo con embarazadas y padres y madres adolescentes. No se encuentra aún disponible ningún resultado de esta investigación que fue adjudicada a la consultora CIESU los cuales podrían haber sido de gran interés para este trabajo en particular a la hora de discutir hallazgos y resultados.

Pregunta principal de investigación

¿Cuál es la percepción que tienen los y las adolescentes sobre las acciones desarrolladas por los equipos de los Espacios de Salud Adolescente para el abordaje y promoción sus DDSSYRR ?

Preguntas subsidiarias que buscó responder la investigación

¿Qué entienden adolescentes y jóvenes usuarios/as de los servicios públicos de salud por derechos sexuales y derechos reproductivos? ¿Consideran que pueden ejercer estos derechos?

¿Cuáles son las necesidades y demandas de atención en SSR de la población adolescente y joven? ¿Los Espacios de Salud Adolescente responden a estas necesidades y demandas?

¿Qué cambios en los comportamientos en relación a la SSR de los y las adolescentes y jóvenes son adjudicados por ellos y ellas a las acciones de promoción que desarrollan los equipos de salud desde los Espacios de Salud Adolescente?

¿Cómo incide para los/ las adolescentes y jóvenes el vínculo generado con los Espacios de Salud Adolescente a la hora del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

5. Objetivos

General

Analizar las percepciones y opiniones que tienen los y las adolescentes usuaria/os de ASSE, acerca de las acciones que se desarrollan en los “Espacios de Salud Adolescente” para la promoción de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Específicos

Identificar y describir las acciones que visualizan los y las adolescentes, desarrolladas desde los equipos de salud tendientes a promover sus derechos sexuales y reproductivos.

Identificar los efectos de estas acciones en el conocimiento, apropiación y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, desde su propia perspectiva.

Analizar la relación entre la oferta de atención de los Espacios de Salud Adolescente y las demandas de los y las adolescentes en salud sexual y reproductiva.

6. Fundamentación y diseño

Se trató de un estudio exploratorio y descriptivo basado en una metodología cualitativa por entender que era la que mejor se adecuaba al objeto y objetivos del estudio. Según Vasilachis (2007), una de las características principales de la investigación cualitativa es su centramiento en el discurso de las personas, sus experiencias, sus historias, sus interacciones y los significados por ellas atribuidos a los acontecimientos, enmarcados en un contexto particular al cual también se intenta comprender.

Un investigador cualitativo debe tener flexibilidad para ir una y otra vez al campo para recolectar nuevos datos, ajustar la pregunta de investigación, replantearse el diseño, implementar nuevas estrategias de recolección y análisis y revisar las interpretaciones. Desde esta perspectiva, cuando hablamos de fenómenos a estudiar, o de nuestro “objeto de estudio”, hablamos de sujetos implicados directamente en estos fenómenos, “sujetos que hablan”, a decir de Bourdieu (1985). Fue por esto que en base a los objetivos propuestos, resultó clave explorar la perspectiva de los sujetos directamente involucrados siendo su palabra una “vía regia” de acceso a la producción de conocimiento. Desde esta perspectiva, fue considerada la aplicación de las técnicas en términos dialógicos y no exclusivamente en términos extractivos.

Como marco epistemológico de este trabajo, se tomará el Paradigma de la Construcción y Transformación Crítica, planteado por Montero (2005), en el que se destaca la existencia de cinco dimensiones que atraviesan a la producción de conocimiento: ontológica, epistemológica, metodológica, ética y política. Cada una de ellas confiere un lugar particular al sujeto y a las relaciones que se entran en lo vincular. La dimensión ontológica implica reconocer a los sujetos cognoscentes como productores de conocimiento, lo que pone en un primer plano de cuestionamiento el tipo de relación que se establece entre los ‘investigadores externos’ y los integrantes de las comunidades. Por su parte, la dimensión epistemológica se caracteriza por comprender el conocimiento como fruto de lo relacional, lo que necesariamente imprime un carácter particular a la dimensión metodológica, puesto que se propiciará aquella que apueste a la participación. Uniéndose a lo anterior, las dimensiones éticas no pueden ser dejadas de lado ya que el otro -el sujeto que antes era ‘objeto de las intervenciones’- es necesario para producir conocimiento y debe ser respetado su saber y su autoría. Todo esto refuerza la idea de la importancia de la dimensión política, aquella en que el conocimiento se articula con el ámbito en el que va a ser aplicado y con los efectos sociales que se buscan. Con esto presente, desde la psicología social comunitaria se propone una mirada crítica, que consiste en una constante reflexión acerca del hacer y un cuestionamiento que apunta a la desnaturalización de lo

cotidiano. De este modo, se despliegan múltiples maneras de generar conocimiento, en los cuales la voz de la comunidad puede ser escuchada a la hora de decidir y de hacer valer sus derechos (Montero, 2005).

En ese sentido, son pertinentes los aportes que al respecto de las relaciones entre el poder y la participación realiza Ferullo (2006). Con respecto a la noción de poder, y desde el punto de vista del alcance que se le atribuye al mismo, se diferencia poder entendido en sentido restringido -a partir de la fuerza que se ejerce sobre los otros, centrado en la confrontación entre las partes-, de poder entendido en sentido amplio -que remite a la idea de tener fuerza, potencia, inherente al ser, siempre presente- (Ferullo, 2006). Lo más relevante a destacar desde este ángulo es que el poder es algo que se mueve entre las personas a través de los vínculos. Pensado en los sistemas de salud, resaltar esta noción del poder como potencia, inherente a cada usuario/a, es esencial y permite problematizar modalidades tradicionales de relacionamiento en las que el tecnicismo ha logrado que el poder se centre del lado del/de la profesional generando una asimetría extrema en donde el/la usuario/a queda prácticamente sin voz al momento de tener que decidir sobre sí mismo/a. Desde aquí la perspectiva del empoderamiento trabajada por Montero (2003) es especialmente relevante, pues permite construir una nueva modalidad vincular desde un enfoque de derechos, transformando la clásica relación vertical y desigual en relación al poder, en una horizontal donde el usuario/a toma un rol protagónico.

Para la recolección de la información se utilizó la técnica de entrevista semi dirigida individual con adolescentes elegibles y entrevista semi dirigida grupal con equipos de salud de los Espacios de Salud Adolescente seleccionados para la realización del trabajo de campo.

Universo de estudio

El estudio estuvo dirigido a adolescentes y jóvenes mujeres y varones, entre 15 y 24 años de edad, usuarios/as de servicios de salud de RAP / ASSE en Montevideo que tuvieran al menos dos consultas en el servicio en los últimos 12 meses.

Muestra

Se realizó un muestreo intencional teórico, por conveniencia, en base a los criterios de inclusión señalados a continuación. Para la captación de la población se utilizó la técnica de bola de nieve en base a información que aportaron los equipos de salud, quienes en algunos casos contactaron al / la adolescente/joven y le plantearon la posibilidad de participar del

estudio, en otros casos los y las adolescentes fueron abordados en la sala de espera de los servicios de salud realizándose allí el ofrecimiento a participar.

En un principio el diseño del estudio estuvo dirigido a adolescentes y jóvenes mujeres y varones, entre 15 y 24 años de edad, usuarios/as de servicios de salud de RAP / ASSE en Montevideo. Finalmente el universo se redujo al rango entre 15 y 19 años ya que en el período de estudio los Espacios de Salud Adolescente recibieron a personas de entre 12 y 19 años por lo que no fue posible acceder a usuarias y usuarios de edades más avanzadas. Se definió una muestra intencional teórica en base a los siguientes criterios;

criterios de inclusión: varones y mujeres adolescentes entre 15 y 19 años que hubieran consultado al menos dos consultas en el ESA en los últimos doce meses previos a la entrevista, con nivel educativo bajo y medio y que participaran voluntariamente previo consentimiento informado. Se procuró incluir población con hijos y sin hijos, así como adolescentes que en el momento del estudio cursaban un embarazo.

criterios de exclusión: adolescentes con menos de dos consultas en los últimos 12 meses. Quienes contaban con estudios terciarios/universitarios, si bien no hubo contactos con jóvenes de este perfil, siendo bastante dificultosa la inclusión en la muestra de jóvenes con bachillerato finalizado. Se excluyó también a adolescentes u jóvenes que viven con discapacidad intelectual y/o psíquica.

En todos los casos se invitó a participar del estudio a los y las adolescentes personalmente por la autora de este trabajo y se explicó y solicitó consentimiento para participar mediante la firma de un consentimiento informado (ver anexos).

El trabajo de campo se realizó entre Octubre de 2013 y Abril del 2014.

Finalmente, se entrevistó un total de 15 adolescentes, nueve mujeres y seis varones de entre 15 y 18 años, usuario/as de Espacios de Salud Adolescente de RAP-ASSE en Montevideo que hubieran tenido al menos dos consultas en el servicio de salud en los últimos 12 meses y que aceptaron voluntariamente participar del estudio. En cuanto al nivel educativo, se incluyó adolescentes con estudios primarios completos e incompletos y con enseñanza media completa e incompleta.

Cuadro 1: Características de la población entrevistada

Máximo nivel educativo alcanzado	Edad: 15 a 19 años	
	Varones	Mujeres
Primaria Incompleta	0	1
Primaria Completa	3	4
Ciclo Básico finalizado.	3	3
Bachillerato Finalizado.	0	1
Subtotales	6	9
Total	15*	
* Tienen hijos: 1, Embarazadas: 3, Trabajan: 7, Han Trabajado: 8		

Selección de los Espacios de Salud Adolescente

En cuanto a la selección de los Espacios de Salud Adolescente, se realizó en base a un criterio de densidad de población de acuerdo al barrio donde están ubicados así como al número de consultas anuales con los que cuenta cada uno de los Centros de Salud que implementan Espacios de Salud Adolescente. También fue utilizado un criterio de accesibilidad a los equipos posibilitado por el conocimiento previo de algunos/as de sus integrantes. Actualmente existen diversas realidades en el funcionamiento de cada uno de estos espacios en cuanto a dotaciones de recursos humanos, horarios y cobertura por lo que estos elementos fueron tenidos en cuenta también a la hora de la definición de la muestra, incorporando la información que surgió de las entrevistas con las autoridades y gestores vinculados a la RAP-ASSE y al MSP.

De esta forma se trabajó con integrantes de cuatro equipos de salud vinculados a Centros de Salud (2) y a Policlínicas Comunitarias (2). Resultando de esta manera un total de nueve profesionales entrevistadas, en tres entrevistas grupales y una individual. Cabe destacar que en los cuatro equipos quienes fueron entrevistadas son mujeres. La definición de quienes participaban de la entrevista fue hecha por los propios integrantes de los equipos a partir de la invitación de la entrevistadora y luego de haber explicitado los objetivos de la tesis.

Cuadro 2: Profesionales entrevistadas

Médicas de Familia y Comunidad	2
Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria	2
Agentes Socio Educativas (Psicólogas)	2
Trabajadora Social	1
Odontóloga	1
Ginecóloga	1
Total:	9

A esto se suman tres gestoras y/o decisoras en Políticas de Salud adolescente y de salud sexual y reproductiva (ASSE-MIDES-MSP). Todas a nivel central programático.

Esto implicó en primera instancia solicitar la autorización de las autoridades de la RAP ASSE, para la realización de actividades vinculadas al trabajo de campo de la investigación, la cual fue emitida en agosto de 2013 para luego concurrir a los Espacios de Salud Adolescente en varias oportunidades a los efectos de recolectar la información. Cada uno de los espacios fue visitado en promedio cuatro veces.

Las entrevistas dieron pie para posteriores conversaciones con y entre los integrantes de los equipos de salud así como con algunas adolescentes y jóvenes que se mostraron interesados e interesadas en los temas abordados en la entrevista, en cuatro casos se orientó consultar a integrantes del equipo del espacio adolescente.

Técnicas de recolección de información

Para la recolección de la información se utilizó la técnica de entrevista semi-dirigida. Se trabajó con 2 pautas de entrevista (ver anexos), una dirigida a la población adolescente y joven, y la segunda a informantes calificados, los cuales fueron divididos en dos grupos:

1-Expertos, decisores y gestores de políticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente y joven.

2- Equipos de profesionales que trabajan en Espacios de Salud Adolescentes.

Las entrevistas a informantes calificados se realizaron en acuerdo con las autoridades correspondientes y tuvieron lugar en los Espacios de Salud Adolescente o en oficinas centrales de las instituciones estatales. Sólo en un caso la entrevista se realizó de forma telefónica por razones de agenda.

Las entrevistas con adolescentes fueron realizadas en consultorios de las policlínicas y centros de salud, buscando así espacios que preservaran la intimidad y confidencialidad de los y las participantes previo acuerdo con ellos y ellas. En algunos casos se propuso la realización de la entrevista en domicilio pero todos y todas optaron por su concreción en los servicios de salud. Se optó por este tipo de entrevista buscando facilitar el acceso a la información y buscando profundizar en las percepciones y opiniones que tienen los y las adolescentes y jóvenes sobre cómo es abordada su SSR desde los servicios de salud.

Para el análisis de la información se elaboró una lista de códigos para las entrevistas con adolescentes y otra para las entrevistas con integrantes de equipos de salud de Espacios Adolescentes y gestores/decisores de programas, en base a las pautas elaboradas para cada perfil de entrevista, luego de la lectura del material, se incluyeron también códigos emergentes. Se codificó y sistematizó el material de campo para construir las dimensiones de análisis de la información mediante la definición de categorías empíricas y categorías teóricas.

Herramientas

En el caso de los y las adolescentes y jóvenes se trabajó también con una ficha socio-demográfica diseñada para esta investigación con el objetivo de definir los perfiles para el análisis (ver anexos).

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio digital y desgrabadas posteriormente por una Licenciada en Ciencias de la Comunicación, quien fue contratada para tal tarea.

Para el análisis de las entrevistas como apoyo técnico se utilizó el Programa MaxQDA10, versión 10.9.8.1.

7. Resultados: análisis e interpretación

Los resultados obtenidos se estructuran en cinco apartados organizados en base a las categorías analíticas que guiaron la codificación, sistematización y posterior análisis de la información recogida. En cada categoría se conjugan dos perspectivas: la voz de los/as adolescentes y de los equipos de salud sumándose además la opinión de los gestores y decisores de políticas vinculados a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.

A- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA

Los y las adolescentes

Se entrevistó a 15 adolescentes con edades entre 15 y 18 años quienes fueron captados a través de diferentes vías: identificados por los equipos de salud como usuarios de los Espacios de Salud Adolescente, referidos por otros/as usuarias o ubicados en la sala de espera de los servicios ofreciéndoles participar del estudio. Podríamos definir a estos adolescentes como “adolescentes tardíos” o sea, transitando la segunda parte de la adolescencia si partimos de la concepción establecida por la OMS, referida en el marco teórico. El grupo de entrevistados/as quedó conformado por nueve mujeres y seis varones de entre 15 y 18 años. En cuanto al nivel educativo, se incluyó jóvenes con estudios primarios completos e incompletos y con enseñanza media completa e incompleta. Se procuró incluir población con hijos y sin hijos, así como adolescentes que en el momento del estudio cursaban un embarazo. Las realidades de los y las adolescentes al momento del estudio eran diversas, la mayoría se encontraban viviendo aún con sus familias de origen, (madre, padre, hermanos o madre, nueva pareja de la madre, hermanos), dos de ellos residían con otros familiares (tíos, hermanos) debido a dificultades intrafamiliares y, en otras dos situaciones, se entrevistó a una adolescente que vivía con su pareja y la familia de origen de la pareja y otra que vivía de forma emancipada con su pareja e hijos de ambos. Estas últimas situaciones están claramente vinculadas a elementos que hacen a lo reproductivo ya que se trata de adolescentes madres o adolescentes embarazadas.

En relación a la inserción en el mercado laboral, casi la mitad de quienes participaron del estudio realizaban alguna actividad. Las mismas salvo en dos casos estaban enmarcadas en trabajos no formales, estos tenían cargas horarias inferiores a 15 horas semanales o eran realizadas de forma zafra, mientras que quienes lo hacían en cargas mayores a 30 hs

semanales se encontraban regularizados y son varones. Nuevamente el sesgo de género se hace presente y son los varones quienes predominan en este grupo, resultando que sólo uno de los varones entrevistados no trabajaba ni había trabajado nunca. En cuanto a las edades de inicio fueron variadas pero salvo una situación de extrema vulnerabilidad, donde se vivieron situaciones muy complejas en la infancia, el resto comenzaron a trabajar en torno a los 15 años.

Fue difícil encontrar algunos perfiles, sobre todo de adolescentes que estuvieran desvinculados del sistema educativo, 11 de los/as entrevistado/as actualmente se encontraban estudiando y en el caso de los cuatro que no estaban estudiando, tres estaban actualmente embarazadas. El otro es un varón que está trabajando 30hs semanales.

El sesgo de género, en particular vinculado a las consecuencias negativas de la maternidad en la adolescencia en relación a las trayectorias educativas, se pone de manifiesto. Según el Sistema de Información de Género del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), en base a la Encuesta Continua de Hogares 2012 del Instituto Nacional de Estadística (INE), el 14,6% de las jóvenes consultadas en 2012 declaró el embarazo como principal motivo de abandono de la educación media, siendo la primer causa de abandono con un 47,6% el “no tenía interés, o no le interesaba aprender”, seguido por la inserción en el mercado laboral. Una de las principales causas de corte en la trayectoria educativa de las adolescentes tiene que ver con estos aspectos. Existe un debate en torno a si son los contextos sociales de mayor vulnerabilidad quienes son responsables de que las adolescentes dejen de estudiar para luego embarazarse como forma de construcción de un proyecto alternativo y más cercano a sus posibilidades, permitiéndoles acceso a cierto status social en sus entornos o si por el contrario el corte se da partir del embarazo (Pantelides, 2004), (Rodríguez, 2005) (Varela, Pollero y Fostik, 2008). Ambas explicaciones deben ser consideradas. En el caso de las adolescentes entrevistadas, no es por el embarazo que las jóvenes dejaron de estudiar, sino que éste surgió a posteriori del abandono de los estudios, que a su vez se dio en edades muy tempranas. Para dos de las adolescentes embarazadas, actualmente su vínculo más importante con la institucionalidad está dado por el servicio de salud, siendo el vínculo con el Programa Jóvenes en Red², en el caso de la otra adolescente embarazada, el espacio más importante de relacionamiento social fuera de la familia.

² Jóvenes en Red es un programa interministerial del Gobierno Uruguayo, coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social, dirigido a jóvenes entre 14 y 24 años que no estudian ni trabajan pertenecientes a sectores de pobreza, existente en Uruguay desde el año 2012. A partir del trabajo de cercanía con un abordaje territorial, integral y comunitario, los y las jóvenes son acompañados por un referente técnico para mejorar su calidad de vida y reinsertarse en el sistema educativo o laboral a partir de un proceso de trabajo de cerca de un año.

Los equipos técnicos y los ESA incluidos.

Se seleccionaron cuatro centros de salud que cuentan con Espacios de Salud Adolescente (ESA), tal como fuera referido en el capítulo metodológico.

Los ESA donde se realizaron las entrevistas estos están ubicados en distintos barrios de Montevideo y tienen características diferentes, dos funcionan en policlínicas dependientes de los Centros de Salud o policlínicas de perfil comunitario y, otros dos, funcionan en los Centros. Todos tienen un día con un horario fijo, que varía entre cuatro y cinco horas semanales de atención exclusiva a adolescentes y comparten el criterio de recepción de esta población de entre 12 y 19 años. En uno de los casos estaba explícitamente definido un horario para el trabajo grupal con adolescentes, aunque al momento del estudio este espacio grupal no estaba funcionando por estarse readecuando el funcionamiento del mismo. El tiempo de funcionamiento de los mismos varía entre tres y siete años desde que comenzaron a trabajar.

En cuanto a la conformación de los equipos se destaca la presencia en todos los casos de profesionales del área bio-médica (médico/as de familia, pediatras, ginecólogas, enfermeras, parteras, odontólogas y nutricionistas) y del área psico-social (trabajo social, psicología y agentes socio-educativas). No todos los espacios cuentan con profesionales de todas las disciplinas, variando de un equipo a otro en cuanto a número y especialidades pero sí asegurando la presencia de al menos uno de cada área. En todos, también se cuenta con estudiantes universitarios de grado y de posgrado, que se suman a la integración por diversos períodos de tiempo de acuerdo al momento formativo por el que están atravesando. En el caso de los estudiantes de grado, no fueron entrevistados pero sí referidos tanto en los discursos de los y las usuarias como de los equipos, a diferencia de los y las residentes que están por períodos de tiempo de entre uno y tres años que son considerados parte del equipo. Las entrevistadas fueron todas mujeres, lo cual coincide en gran medida con la integración de los mismos que apenas cuentan con algún varón. Esto podría darnos pistas sobre el tipo de tarea que aún dentro del sistema sanitario parece estar segmentado por tareas relacionadas a los roles y estereotipos de género, convocando más a las mujeres que a los varones, ya que la conformación de estos equipos depende en gran medida de la voluntad que tenga cada profesional de destinar dentro de sus tareas y carga horaria un tiempo para esto.

El promedio de edad de las entrevistadas fue de 40 años y en su mayoría estaban conformando un equipo de ESA desde hacía más de cuatro años.

B- PERCEPCIONES SOBRE LOS ESPACIOS DE SALUD ADOLESCENTE

Desde los gestores.

Los ESA son creados en convenio entre el Programa Infamilia (MIDES) y el MSP, comenzando a funcionar a partir del año 2006, instalándose gradualmente a lo largo de Montevideo y el interior del país. Estos espacios tienen como características principales: la accesibilidad geográfica, cultural y administrativa, que incluye estar ubicados o vinculados con lugares que sean de interés de la población adolescente; contar con infraestructura adecuada (baños, sala de espera con material audiovisual y folletería, consultorios que garanticen confidencialidad y estén correctamente equipados, etc.) y accesibilidad vinculada a los horarios de atención.

Es el Programa Nacional de Salud Adolescente (2007) quien delimita las acciones que deben llevar adelante todos los prestadores de salud del sector público y privado, confirmando de esta forma la rectoría del MSP frente al tema. Sin embargo, cada prestador organiza administrativamente sus servicios a la hora de llevar adelante las prestaciones. En el caso de los ESA estudiados, los cuatro pertenecen a la Red de Atención del Primer Nivel de Salud (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Como fuera mencionado antes, la creación de los ESA refieren a un convenio de trabajo -que fue revalidado en 2010 entre varios organismos (ASSE, MSP, MIDES) que recibieron apoyo de la financiación internacional (Programa Infamilia-ENIA) para su despliegue y funcionamiento. Durante algunos años, en esta coordinación intersectorial, funcionaba un equipo técnico encargado de supervisar y acompañar a los ESA en su instalación, capacitación y actividades. Actualmente dentro del área Niñez y Adolescencia de ASSE existe un equipo integrado por tres técnicas contratadas por MIDES que trabajan en la co-ejecución, acompañamiento, supervisión y monitoreo de los acuerdos con ASSE en relación a los ESA.

Este mismo equipo también acompaña las acciones conjuntas con el MSP así como otros componentes del convenio con ASSE vinculados a infancia. Esto genera una situación de “bicefalia” en la conducción de los Espacios, ya que los equipos reciben (o no) orientaciones de diversos actores. En el anterior período de gobierno, se sumaba también la coordinación a través de una referente, integrante de la Unidad de reconversión del modelo de atención (URMA) de RAP- ASSE que tenía a su cargo la supervisión y organización de los ESA en Montevideo. La URMA en este período fue disuelta.

– El área de Niñez y Adolescencia, no lo asume cómo tal y los espacios resienten, los equipos resienten de ello, eso. Cuando nosotros hacemos este año, ese ciclo de visitas, el reclamo, uno de los reclamos es ese. Ta, este... la ausencia de acompañamiento más cercano de supervisión, de ir trabajando sobre los problemas que surgen. Eso ha tenido que ver con debilidades del área de niñez y adolescencia, central de ASSE. Con debilidades a llevar adelante ese rol y por supuesto, tiene costos. Que tienen que ver con que, queda como que al arbitrio de cada espacio o de los técnicos del espacio ir buscando la modalidad de atención que la realidad les permita llevar adelante, o sea, quedando un poco “suelos”. Y trabajando con las herramientas que ellos mismos tienen. Eso es una dificultad importante. **(Gestora/decisora a nivel programático).**

En lo que hace al trabajo y organización cotidiana, cada ESA depende del Director de su Centro de Salud, es esta figura quien organiza el servicio y habilita la presencia de los/as profesionales en el equipo destinando parte de su carga horaria para desarrollar tareas en el Espacio. Es con la Dirección con quien deben acordar los equipos cuestiones como el horario, la forma de agendar a los/as usuarios, los espacios que se utilizan, cuestiones administrativas, actividades “extra muros”, etc.

Gestora/Decisora (G/D): -Ahí va. Y dentro de servicios, también los directores a veces también tienen algunos intereses o tienen algunas preocupaciones, sobre temas a trabajar, que hacen que de pronto, el propio espacio o de pronto, los técnicos del espacio se les asignen otras tareas entonces el espacio queda... en una situación de fragilidad. Ha quedado en una situación de fragilidad.

Entrevistadora (E): -Claro, es a voluntad de los técnicos que trabajan...

*G/D: – También a voluntad de los técnicos, también a voluntad de los técnicos. Pero por ejemplo, para ponerte un ejemplo sencillo, este, no hay un modelo claro de cuánto tienen que hacer de atención y cuánto tienen que hacer de promoción, supónete, no? Todos tienen que hacer de la dedicación horaria, o de las horas que tienen los técnicos tienen que hacer un tercio (1/3) de promoción y dos tercios (2/3) de atención, eso no está estipulado. Hasta ahora. **(Gestora/decisora a nivel programático).***

Todo esto genera referencias múltiples para los equipos a la hora de llevar adelante las tareas y que además han ido variando con el correr de los años, no quedando del todo clara cuál es la tarea o cuáles deben ser los criterios compartidos en todos los servicios .

Por otro lado, en lo que refiere a metas programáticas y asistenciales propuestas por el MSP a la Junta Nacional de Salud (JUNASA)³, la Meta 2 establece que los adolescentes varones y mujeres tengan su control de salud integral, con una herramienta que es la historia clínica

³ La JUNASA es un organismo político creado a partir de la reforma de salud, los artículos 23 al 26 de la Ley que crea al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) establecen su funcionamiento, integración y contenidos. La misma está integrada por dos miembros del MSP, un miembro del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), un miembro del Banco de Previsión Social (BPS) y representantes de los trabajadores, organizaciones de usuarios así como prestadores integrales de salud. La JUNASA, tiene como tarea principal la administración del seguro de salud.

del sistema informático del adolescente, conocida como la “ficha SIA”. El MSP, como organismo rector en salud de la población, a través del área Ciclos de Vida del Departamento de Planificación Estratégica de la Dirección General de la Salud lleva adelante el Programa Nacional de la Adolescencia y la Juventud que -como mencionamos antes- es el que establece los lineamientos programáticos, pautas técnicas y realiza el seguimiento y evaluación de los mismos. El Programa articula acciones con otras áreas del MSP como por ejemplo, el Área de Salud Sexual y Reproductiva (y los diferentes programas que la integran), para la implementación de acciones y contenidos en este campo.

Queda claro que los primeros ESA fueron creados en el marco del Programa Infamilia en acuerdo con el MSP y desarrollados en el subsector público (que luego sería ASSE). Su trabajo estaba regido por una perspectiva que apuntaba principalmente a tres objetivos, por un lado la disminución de los embarazos en las adolescentes, en particular en una estrategia para postergar el segundo embarazo y para esto surgen las figuras de los Agentes Socioeducativos en Salud Sexual y Reproductiva.⁴ Luego, la formación de promotores de salud adolescente mediante el trabajo de formación de jóvenes que se integrarían a las acciones de promoción junto con los equipos y, finalmente, la creación de 41 ESA desde la perspectiva de la salud integral pero con un marcado sesgo en la gineco-obstetricia, ya que estaba presente la preocupación de dar respuesta a lo que era considerado el problema principal, o sea el embarazo en la adolescencia. Hoy día el foco de trabajo está en garantizar la atención integral de calidad y de la población adolescente acercándose al cumplimiento de las metas prestacionales.

...porque lo que tienen son muchas heterogeneidades, en cuanto a la formación de RRHH, en cuanto a la integración del equipo, y en cuanto a la disponibilidad horaria, ta? Hay espacios que trabajan todos los días, otros dos veces por semana y otros dos horas una vez por semana. Evidentemente tienen como alcances y logros diferentes. No pueden lograr todos lo mismo. (Gestora/decisora a nivel programático).

Desde los equipos de salud

El Programa Nacional de Salud Adolescente enfatiza la importancia del equipo interdisciplinario, no sólo en los aspectos conceptuales que hacen a la inter disciplina y las derivaciones en la actividad profesional, sino la relevancia del trabajo en equipo, y el papel

⁴ Las y los agentes socioeducativos son profesionales que trabajan en el primer nivel de atención cuya carga horaria está dedicada exclusivamente al trabajo con adolescentes. Son profesionales licenciados en Psicología, Trabajo Social, Enfermería o Parteras. Dentro de sus tareas está establecido que dediquen un tercio de su carga horaria al trabajo en salud integral adolescente en los ESA, otro tercio al trabajo de acompañamiento a madres y padres adolescentes y el tercio restantes a actividades de promoción de salud en la comunidad.

que juega el perfil personal de sus integrantes en el tipo de atención que se pueda brindar, considerando los prejuicios, los valores y visiones acerca de los/as adolescentes y sus comportamientos, etc. Se pretende conformar un equipo que pueda generar confianza en los/as jóvenes, comprensión y entendimiento.

En cuanto al equipo interdisciplinario en sí mismo se destaca su relevancia y la importancia de su funcionamiento más allá de la simple suma de distintas disciplinas para que pueda funcionar como tal y en función de los objetivos propuestos. *“El trabajo en equipos de salud interdisciplinarios se encuentra en estrecha relación con la construcción de una perspectiva nueva de la salud que cuestiona la omnipotencia profesional y las hegemonías disciplinarias y profesionales.”* (Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud. 2007).

Se pudo observar, a partir de los relatos de las profesionales integrantes de los equipos, procesos de reflexión colectiva sobre la tarea, lo cual permite el armado de criterios o un marco de referencia común. Sin embargo, hay mucha rotación a lo largo de los años en la conformación de estos equipos, lo que permite formularse como hipótesis, que la forma de funcionamiento genera mecanismos de exclusión de los/as profesionales que no se puedan adaptar a esta modalidad de trabajo. La modalidad de trabajo de los ESA fue referida en los antecedentes, destacándose algunas características, que buscan tener estos servicios de acuerdo a las recomendaciones de la OPS, y en particular en nuestro país en el Programa Nacional de Salud Adolescente (2007). Se plantea tener algunas diferenciaciones con el rol tradicional en los servicios de salud, se espera desde los equipos un rol más proactivo en el establecimiento del vínculo con la comunidad y en particular con los y las adolescentes que la integran así como organizaciones e instituciones que los y las nuclea. El énfasis en características como la accesibilidad, el asegurar la confidencialidad con los usuarios/as, el trabajo en equipo interdisciplinario, la importancia de las actividades de promoción de salud, etc. pueden ser tomadas tanto como distintivas u horizontes de trabajo también auto-propuestos. Esto es traído como dificultades en relación a la presencia de recursos humanos con capacidad y voluntad de trabajo en los servicios.

– Y... y este también, este es el tercer año que está funcionando. Arrancó a funcionar en el verano del dos mil once (2011), este y bueno y sí. Y ta, empezó el equipo, cuando arrancamos los que iniciamos estaba XXX... y que continúan hasta ahora, YYY, que es médica de medicina familiar y comunitaria. ZZZ que es partera comunitaria, eh... en ese momento, que ahora no está trabajando con nosotros, estaba WWW, enfermera comunitaria y yo agente socioeducativa. Y este, la idea era formar un ESA y primero aunamos criterios y bueno, lo que teníamos ganas de hacer era formar un grupo de adolescentes que pudiera como apropiarse de este espacio. Teníamos como dos líneas,

una era trabajar intramuros y poder irnos a presentar a los diferentes centros educativos e instituciones que hay en el barrio. (**Agente Socio Educativa, EA en Policlínica Comunitaria**).

Profesional (P): – Una particularidad, que tenemos ahora, es que no tenemos consulta de embarazo adolescente.

Entrevistadora (E): – Que eso en algún momento era como una fuerte presencia en el espacio.

P: – Exactamente, ahora embarazo adolescente no se está atendiendo acá.

E: – Y dónde se está atendiendo?

P: – En el centro de salud, con ginecología.

E: – Ginecología solo o también algún equipo.

P: – No, ginecología solo. (**Médica de familia, ESA en Centro de Salud**).

El perfil de la población adolescente usuaria de los servicios desde la perspectiva de los equipos de salud

Es posible aproximarnos a la idea de que los perfiles de quienes concurren a los ESA son variados, desde situaciones de mayor vulnerabilidad sobre todo representadas a través de mujeres adolescentes embarazadas y derivaciones de organizaciones o instituciones de la comunidad hasta quienes parecen ser la mayoría de los consultantes, que son quienes concurren a realizarse su carné adolescente como requerimiento de su centro de estudios. Esto coincide con la percepción que tienen los equipos sobre los perfiles de los y las adolescentes usuarios de los espacios.

- Ehh, el acceso es a través de la consulta que se programa y este, de forma espontánea. Si hay que hacer un porcentaje, creo que son treinta (30) programados, setenta (70) espontáneos. Esta policlínica sí, mayoritariamente espontánea... Este, si pensamos en los que se programan, en general son gurises que están estudiando, que necesitan el carné para el liceo para la escuela, de los más chicos. Este... y después mezclados, gurises que no tienen... hay muchos gurises que no estudian ni trabajan en la zona. Y ta, más o menos por ahí anda, mezclados. (**Médica de familia, Espacio Adolescente policlínica periférica**).

Esta diferencia entre quienes consultan de forma programada y de forma espontánea se repite en los discursos de los diferentes integrantes de los equipos de salud y hace claramente a las formas de acceso al servicio, colaborando en la definición de los perfiles.

– Una de las cosas que nosotros, por ejemplo, evaluamos es que... por la forma de acceder a las consultas en principio, tiene que ser un adolescente que se acuerde, que sepa, que es primer día de mes y que entonces tiene que ir al centro de salud y hacer la cola. Eso en general, suponemos nosotros que tiene que ver con que haya una familia que sostenga. También, que son gurises, que en

general, están estudiando y entonces también por eso una demanda es como en base a tener el carné actualizado porque están vinculados a alguna institución educativa. (**Trabajadora Social, Espacio Adolescente Centro de Salud**).

La forma de acceso a los Espacios adolescentes será desplegada en el próximo apartado sin embargo estas cuestiones hacen claramente a la delimitación de los perfiles de los y las adolescentes usuarios y usuarias así como a los y las participantes del estudio.

C- ACCESO Y USO DE LOS ESA

Qué dicen los adolescentes

Los/as adolescentes relataron diversas formas de relación con el servicio y lapsos de tiempo diferentes en el uso de los mismos, desde menos de un año a seis años. Esto genera distintas miradas y experiencias en relación a los servicios, que en algunos casos permite la construcción de un vínculo longitudinal y de confianza lo cual se da de tres formas: a) vínculo construido con el servicio como tal, b) con el equipo técnico y/o c) con alguno de los profesionales en particular. Más adelante se analizarán algunas particularidades que hacen a los espacios adolescentes incluidos en este estudio, encontrándose diferencias entre el vínculo que establecen los y las adolescentes usuarios de espacios que funcionan en locales dentro del centro de salud y aquellos que funcionan en policlínicas periféricas o comunitarias, lo cual está vinculado a un servicio realmente inserto en el barrio a pocas cuadras del hogar y el cual es utilizado desde hace más años y por toda la familia y comunidad de pertenencia.

Adolescente (A): – Me atiendo de toda la vida, desde que nací. Como vivo por acá cerca, toda la vida tuve atención acá. Desde pediatra hasta ahora, en este momento. Siempre tuve.

Entrevistadora (E): – y en el espacio adolescente ?.

A: – Creo que desde los trece años (13), más o menos. Cuando empecé a hacerme el carné adolescente empecé la atención acá.

E: – y más o menos, cuántas veces consultas en un año?

A: – No sé cuánto tiempo bien, pero sé que todos los controles tengo atención, y todo lo que es control de... por llevar al día el carné. Y si no el control ginecológico, el PAP y todos los tipos de análisis.

E: – Bien, yo te iba a preguntar ¿qué servicios utilizas habitualmente?

A: – Y sí, esos. En realidad vengo por control y alguna consulta en especial, si tengo que venir a hacer por algo y ta, el análisis que me hago cada tanto del PAP.

E: – Ahí está, así que usas medicina, digamos y... ginecología.

A: - ...ginecología.

E: - Y algún otro técnico con quien hayas tenido contacto en el servicio?

A: – y sí, tuve contacto con el psicólogo una vez. Hace tiempo ya... (**Virginia, 18 años, bachillerato finalizado**)

A: – Eso te hace sentir cómodo, te hace bien. Además la confianza que ella te tiene. Claro, como ella te dice por ejemplo, “esto querés que lo sepan tus padre o tu madre?” Y vos le decís, pa´ mirá, eso no me gusta que lo sepan y te lo cuento a vos. Y eso te hace sentir cómodo.

E: – La confidencialidad...

A: – La confianza... (**Guillermo, 15 años, ciclo básico finalizado**)

Estas diferencias también pueden observarse claramente a la hora de la identificación del uso que realizan de los centros de salud, mientras que en algunos casos aparece la elección y el gusto por concurrir, en otros la utilización del servicio responde a satisfacer una necesidad concreta en algunos casos “*impuesta por el afuera*”.

A: – Yo vine a hacerme el carné de adolescencia.

E: – Y por qué viniste a hacerte el carné de adolescente?

A: – Porque me lo pedían en gimnasia... en el liceo.

E: -Y ahí, cómo viniste a la policlínica?

A: – Porque mi hermana me dijo que acá hay un hospital y ta, me mandó acá a hacérmelo.

(**Verónica, 16 años, ciclo básico finalizado**)

E: – Dos años, y ... por qué te atendés acá? Qué servicios usas? Cómo llegaste al ESA?

A: – Siempre me atendí acá. Desde que vine pa´ acá, me atendí acá. Solamente, una vez creo que me atendí en la policlínica, pero todas las veces mi madre me trajo acá.

E: – Todas las veces te trajo acá. Fue tu madre la que te trajo?

A: – Sí.

E: – Y con qué técnicos del ESA has tenido contacto?

A: – Con esa de la atención, digamos.

E: – Con la doctora, fuiste alguna vez al dentista, al psicólogo?

A: – A la dentista.

E: – A la dentista, vas habitualmente o fuiste puntualmente?

A: – No, fui porque me mandó ella ahí, tenía una carie, nada más y ya está. (**Roberto, 17 años primaria completa**)

A no, yo vengo acá me atiende porque me gusta. No es que me sienta incómodo, viste. Mi madre me dice “tenes que ir al médico” y yo pa´ no. No, yo vengo, está bueno, me gusta. (**Guillermo, 15 años, ciclo básico finalizado**).

Frente a la pregunta de uso de los servicios la mayoría de los/as adolescentes, brindó respuestas vinculadas a lo que fuera clasificado como motivos de consulta. Los y las

adolescentes entrevistados, al ser preguntados por los motivos de la utilización de los servicios mencionaron el carné del adolescente, el acceso a métodos anticonceptivos, la atención de algunas enfermedades crónicas, el “control” de embarazo y la búsqueda de consejería o asesoramiento frente a situaciones particulares.

En general la frecuencia de uso de quienes se encuentran “sanos” es de una o dos veces en el año, vinculadas en particular con la obtención del carné y de acuerdo a como está establecido en la normativa, o sea, un control anual. Luego están las situaciones donde los/as entrevistados plantearon alguna enfermedad crónica (asma, hipertiroidismo) lo cual requiere de mayores visitas al espacio, en particular a la consulta médica. También estuvieron presentes en las entrevistas aquellas adolescentes que se encontraban cursando un embarazo y este era atendido en el ESA, lo que generaba mayor frecuencia de visitas en ese lapso en particular. En cuanto al uso surgieron respuestas vinculadas a sucesos específicos en la vida y, en particular relacionados con el inicio de las relaciones sexuales y la búsqueda en el espacio de métodos anticonceptivos (lo cual se implementa al inicio con un seguimiento “más de cerca” por parte de los equipos) así como también otro tipo de situaciones en donde algún técnico/a jugó un rol importante como referente en situaciones particulares.

– *Y no, y vengo, porque yo que sé... y vengo a controlarme, o sea, en la parte de la salud y a veces vengo a buscar... las pastillas, viste... y ta. (Monica, 18 años, primaria completa).*

– *La primera vez que vine, fue porque estaba medio ahí de novia y papá no quería, por ejemplo. Fue todo una situación ahí, de que papá no quería, que esto y lo otro, y mamá consultó. Y ta, se habló con mi padre y ahí se habló conmigo y ta, como que se acordó o se flexibilizó un poco más la cosa y ta. Y lo tomó más bien. (Virginia, 18 años, bachillerato finalizado).*

A: – *Si, por ejemplo, cuando a veces cuando estuve mal y eso así. Siempre pude hablar con la doctora, por ejemplo un ejemplo... ningún ejemplo tengo por ahora.*

E: – *Cuándo estuviste mal de qué?*

A: – *Cómo te puedo decir... a ver, terminé con una novia o algo así. Estaba mal, o algo, ellas me hablaban y eso... y me decían, me daban consejos, también.*

E: – *Así que para vos era un espacio como para poder hablar de tus sentimientos y de las cosas que te pasan?*

A: – *Sí, claro. (Diego, 16 años, ciclo básico completo).*

En relación a la valoración que realizan del servicio en todos los casos es positiva, esto es de esperar en este tipo de estudios donde los participantes lo hacen voluntariamente, dedicando su tiempo e interés a la entrevista, otro aspecto a destacar es que se trata de un servicio público de salud, si bien varios de los y las adolescentes estaban afiliados por

FONASA ya que son menores de edad y sus padres son trabajadores activos, otros eran usuarios ASSE por la situación de vulnerabilidad social y económica de ellos y sus familias. De todas formas lo interesante parece estar en el lugar en que se sienten ubicados como usuarios y usuarias que parece ser diferente al del resto de los servicios.

-Como que el espacio adolescente ya es otra cosa. Es como que tenes más tiempo, con las doctoras, para sentarte, hablar de temas que te interesan a vos, de temas que te enseñen ellas. Capaz que si voy a otra policlínica, no hay, o sea, más allá de la confianza que tengo con las doctoras. No hay el mismo vínculo. Hay temas que capaz que acá, te lo saben explicar más que en otro lado. O qué, o mismo, no es que yo acá venga hace tiempo. Mismo las primeras veces que vine, te tratan re bien como que tienen esa característica de ser muy gentiles, así muy hospitalarios. Te enseñan todo lo que vos puedas, lo que puedan enseñarte, te lo enseñan. Y las dudas que vos tengas, si pueden te las sacan y sino las consiguen. Es lo que tienen, me encanta. (Flavia, 16 años, Ciclo básico completo).

E: – Y vos, notas algo diferente al servicio del ESA a atenderte en la policlínica común?

A: – Sí, la demora y a veces cómo te tratan y todo.

E: – Qué diferencias notas?

A: – Que acá te atienden más rápido, te llaman, te llaman, te tratan mejor y eso. En la policlínica como andan todo el día, y llega una hora que vos llegas y ya te llamaron. O te llaman para la hora que ellos quieren.

E: – Bien, y vos acá te sentís respetado, escuchado, recibido adecuadamente?

A: – Sí, las veces que venimos me han hablado bien y todo. Cuando yo pregunto las cosas, me responden, si quedo así en duda de algo y le pregunto, ella me sabe responder, y eso. (Roberto, 17 años, primaria completa).

En aquellos ESA donde además de la atención en salud y las actividades de promoción existe la propuesta de un grupo de participación conformado por adolescentes queda aún más claro que quienes asisten buscan satisfacer varias necesidades y no sólo la atención de su salud. En este caso los y las adolescentes mencionan una serie de actividades que se suman a su vida cotidiana, en algunos casos cumpliendo un rol casi central y fueron estos aspectos los rescatados a la hora de valorar los servicios.

– Y el año pasado, ahora no vengo mucho, y el año pasado hacíamos de todo. Íbamos a varios lados, a juntarnos con otros espacios, hablábamos sobre drogas. Hicimos primeros auxilios. Hicimos sobre las quemaduras, sexualidad, varias cosas hicimos. (Jhon, 16 años, primaria completa).

Un aspecto interesante a destacar es que en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres adolescentes a la hora de la valoración y el uso de los servicios, si bien como fuera planteado anteriormente existe una fuerte preponderancia en el número de consultas de mujeres frente al de varones en los servicios de salud, quienes

participaron del estudio, cumpliendo con el criterio de inclusión de contar con al menos dos consultas en el último año en el espacio adolescente, no manifestaron aspectos diferenciales en la entrevista.

Qué dicen los equipos y gestores

En todos los servicios coexisten dos formas de atención hacia la población adolescente, la consulta programada y la consulta espontánea. Estas modalidades influyen en los perfiles y características de los y las usuarias como fuera explicitado anteriormente. En algunos hay agenda para cada técnico, en otros se agenda para el ESA, en algunos la agenda se realiza a través de la forma general en la que se realiza dentro del servicio para cualquier prestación y en otros, existen formas más “artesanales” que van desde un cuaderno hasta la “auto-derivación” entre los propios técnicos.

La cantidad de adolescentes que consulta en cada servicio y cada semana es variada, lo que sí se destaca como característica común en los cuatro espacios estudiados, es la intención y posibilidad de los profesionales, de destinar más tiempo del habitualmente ofrecido en una consulta fuera del ESA y la oportunidad que brinda el estar compartiendo un mismo espacio físico y horario con diversas disciplinas. Esto permite un abordaje integral y diversas miradas sobre una misma situación. En todos los casos el “equipo” era vivido de esa forma aunque con matices por parte de los distintos integrantes de los mismos.

Desde las gestoras estos aspectos también son valorados de forma positiva:

– Yo si te digo la verdad, creo que específicamente con los espacios adolescentes, creo que se ha avanzado mucho. En algo que yo, toda mi vida lo discutí, pensé que no teníamos que hacer en Uruguay espacios adolescentes, ahora se los reformuló a los médicos de referencia. Yo creo que no pueden haber médicos de referencia, sino que tendríamos que pensar en equipos de salud de referencia. Aunque más no fuera parte del enfermero, médico – enfermero, enfermero – asistente social. No sé, viste, buscarle la vuelta, pero no médico de referencia. Y no equipos en sí. Yo creo que los adolescentes no se acercan a los equipos de salud, que se acercan a las personas, que no les interesa “el supermercado”, o sea, no les interesa pasar góndola por góndola. Les interesa el día que va a ver al psicólogo, va a ver al psicólogo. El día que va a ver al ginecólogo, va al ginecólogo. El día que va a ver al médico, va al médico. No le interesa pasar de una a otra, y creo que eso es una cuestión que nosotros... la vemos como muy normal, interesante, o qué bueno que está que en la misma entrevista que está el médico, este el psicólogo. Y al tipo no le interesa, ta? No le interesa y no le gusta. Entonces, creo que nos falta saber, realmente cuáles son las aspiraciones de cada uno de los jóvenes. (Gestora/decisora a nivel programático).

Las entrevistas realizadas a los equipos técnicos permiten identificar algunas de las vías de acceso que los/as adolescentes tienen a la consulta en los ESA. Ellas son:

- Agenda en la recepción de los servicios.
(Como en cualquier otra prestación del centro de salud, los y las usuarias se dirigen a la recepción y solicitan la consulta o el servicio al que quieren acceder y se les asigna un día y una hora con un/a profesional o equipo).
- Derivación de instituciones, organizaciones comunitarias o programas socio-educativos.
(Mediante coordinaciones, liceos, UTU, jóvenes en red, casa joven, BPS en el caso de madres adolescentes menores de edad por formulario para cobro asignación familiar, se comunican con integrantes de los equipos).
- Derivación interna desde el servicio de salud al ESA.
(En particular se da en el control de embarazo a adolescentes por las características interdisciplinarias y presencia de agente socio educativo, también desde las emergencias en aquellos centros de salud que cuentan con ese dispositivo y reciben alguna situación que consideran debe recibir una atención más personalizada.)
- Llegada de adolescentes en forma espontánea
(Debido a que se trabajó en promoción de salud en un lugar y los y las adolescentes “se enganchan” con el equipo y sus integrantes y conocen los horarios de funcionamiento del ESA)
- Boca a boca.
(Otros adolescentes y agentes comunitarios difunden la existencia, localización y horarios del espacio. Usuarias/os del ESA llevan amigos o familiares y los presentan al equipo funcionando como intermediarios en la consulta).
- Atención en esa policlínica o centro de salud desde siempre y se conoce o se prevé que al llegar a la adolescencia ese es el espacio.
(Aquí juega el conocimiento y apropiación del servicio)

*-Otra vía de acceso clara y frecuente es ese... es la coordinación que se hace con las instituciones de la zona, no? Liceos, Centro Juvenil, Casa Joven, Dependencias del INAU en general, y a veces se llega a hacer una listita no? de aquellos gurises que tienen que hacer su control de salud y lo coordinamos desde acá directamente, viste? Eso es más ágil, eso funciona un poco más ágil.
(Ginecóloga, EA en Centro de Salud.)*

Motivos de consulta

Hubo coincidencia en los equipos sobre los principales motivos de consulta por los cuales los/as adolescentes acuden a los ESA. Estos refieren básicamente a al control de salud adolescente, consultas por métodos anticonceptivos y control de embarazo. A ello además se suman otras consultas vinculadas a problemas de salud como patologías respiratorias, enfermedades crónicas o dificultades vinculares.

– *Y... control adolescente, eso es como el... uno de los principales. Control adolescente, asesoramiento.....anticonceptivo, o sea, esos serían como los dos (2) motivos, me parece, si nombras principales, serían como los principales. (Agente socio educativa y Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, EA en policlínica comunitaria).*

Algo que podría considerarse interesante tiene que ver con otros abordajes que se realizan desde los equipos o desde las demandas de quienes consultan que no entrarían en la categoría “motivos de consulta” pero que se van generando a medida que se logra construir un vínculo de confianza y referencia con las técnicas y/ o el equipo. Es allí y a través del trabajo con las herramientas como la ficha SIA o la entrevista donde se producen otras consultas que son las que resultan de mayor interés para los objetivos de esta tesis, en particular en las áreas vinculadas a derechos en general y a derechos sexuales y reproductivos, en particular.

A: – *Yo me empecé a atender cuando quedé embarazada de mi hijo. O sea, a los doce (12), trece (13) años.*

E: – *Y vos, en ese momento, vivías por acá?*

A: – *Si, pero no venía.*

E: – *Y ahí te empezaste a atender y a partir de ahí, más o menos, cuánto tiempo venís al espacio? Una vez por año, tres veces por año, todas las semanas, una vez por mes?*

A: – *Una vez por mes, o vengo seguido. Soy así.*

E: – *Y qué servicios usas, del espacio, y por qué?*

A: – *Ehhh, pues yo... el espacio para dejar de fumar, el espacio de la partera. Ta eso fue lo que usé acá. (Jessica, 18 años primaria incompleta).*

La existencia a partir del año 2009 del decreto N° 295/009 en nuestro país, que señala la obligatoriedad del Carné del/de la Adolescente sin duda ha influido para que su obtención sea el principal motivo de consulta identificado por los equipos. En el artículo 4to del decreto se establece que:

Dispónese que para acceder a los cursos correspondientes a Educación Primaria y Secundaria, tanto en Instituciones públicas como privadas, es obligatorio gestionar, obtener y mantener vigente el Carné del/de la Adolescente. (Decreto N° 295/009).

D- CONCEPCIONES SOBRE LA SEXUALIDAD

“Partimos de una concepción de la sexualidad como un complejo proceso de construcción y producción socio-histórica, cultural, subjetivo y político. Producto altamente específico de las relaciones sociales, en tanto implica las diversas maneras en que los sujetos se relacionan como seres sexuados en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido.” (López, A. 2005).

Desde los adolescentes

Para los y las adolescentes participantes de este estudio el concepto “sexualidad” está directamente relacionado con relaciones sexuales. Esta fue la respuesta casi unánime que emerge de sus discursos en las entrevistas. Esto coincide con otros estudios en nuestro medio cuyos resultados apuntan en la misma dirección (Ramos, 2011).

A: – Con relaciones.

E: – Con las relaciones sexuales? Solo con eso, o lo puedes relacionar con algo más?

A: – Con entre personas, hablar y eso. Conocer más gente y todo. (Roberto, 17 años, primaria completa)

– El sexo, todo eso?... Todo lo que tenga que ver con el sexo y todo eso. (Camila, 16 años, primaria completa).

La perspectiva de los gestores y decisores sobre la percepción de los/as adolescentes respecto a la sexualidad apunta en un sentido similar.

–Creo que la sexualidad, los adolescentes lo consideran exclusivamente como el orgasmo y no como el entorno de todo lo que puede ser su bienestar, para poder llegar a tener una sexualidad placentera y con un orgasmo placentero, no? (Gestora/decisora a nivel programático).

Una de las explicaciones sobre el sentido de esta respuesta refiere al momento evolutivo, desarrollo afectivo-sexual y desarrollo cognitivo propio de la etapa adolescente (Ramos 2011).

Cuando se indagó un poco más surgieron también aspectos vinculados a la orientación sexual y, en menor medida, al placer generado en los vínculos interpersonales. La mención del concepto “abuso sexual” estuvo presente también en el discurso de algunos adolescentes, así como la relación entre el amor y la sexualidad.

A: – No sé, es lo que define a una persona. Sé que sexualidad, yo que sé, no viene siendo lo mismo que orientación sexual.

E: – y con qué asocias vos sexualidad?

A: – Yo que sé, la forma de cómo es uno. Si eso... **(Mónica, 18 años, primaria completa).**

– Con las relaciones sexuales, entre un hombre y una mujer. O porque no, entre un hombre y un hombre, mujer y mujer. Como que relacionarse. Sexualidad... no sé porque siempre digo sexualidad y lo relaciono con el amor. Porque es lo más lindo, porque no podes tener sexualidad si no tenes amor. No podes tener relaciones sexuales con una persona, si no sentís nada por esa persona. Al igual que los abusos sexuales. Es horrible que te tomen a vos, como que fueras una cosa y no podes disfrutar de lo que estás haciendo, sin tener el amor de una persona. **(Flavia, 16 años, ciclo básico finalizado).**

– Y para mí la sexualidad no es tan así como tener, yo que sé relacionarse así físicamente. Sino que sexualidad también es... orientación sexual, de que te gusten hombres, que te gusten las mujeres también la sexualidad, no sé. Creo que lo sexual que tengas. **(Guillermo, 15 años, ciclo básico finalizado).**

En los casos en que hubo dificultades importantes en acercarse a una definición, uno de los recursos a los que apelaron los/las adolescentes fue traer ejemplos de cosas trabajadas en talleres de sexualidad en los centros educativos, o en las “clases” de sexualidad.

–...se llamaba “El mundo del revés” el video. Y era como la homofobia, pero al revés. Y era como que a los que juzgaban eran a las personas heterosexuales y como que eso, (risas) no sé cómo decirte. Cómo que hacían ver a las personas heterosexuales como se sentían a los que discriminaban que eran los gays y tá. Yo que sé, era como al revés de lo que es ahora. Que hay más discriminación hacia las personas que les gustan los del mismo sexo, que hacia los otros. **(Érica, 15 años, ciclo básico finalizado).**

Solamente en una de las entrevistas, realizada a un varón, fue mencionada la masturbación como algo relacionado a la sexualidad y este tópico apareció en relación a la información a la que es posible acceder en las consultas en el espacio adolescente y valorada en relación a la desmitificación de algunas creencias que circulan entre adolescentes y que el adolescente había podido trabajar junto al equipo.

-No igual, o sea, porque a lo primero, o sea, cuando estás en la escuela escuchas cosas. Después cuando pasas al liceo, del tema de la masturbación, eso, o sea, prácticamente siempre todos lo tienen, no lo tienen, no... Lo hacen. Porque como ya te dije que nadie tiene... ya cuando quieren hacer algo, tienen una pareja estable como para hacerlo. Pero ta, después vas creciendo y ya tenes que tener... o sea, conseguís una pareja, y si lo quieren hacer lo hace y se sienten bien los dos. **(Emilio, 17 años, primaria completa).**

En el discurso de los y las adolescentes el placer o el disfrute no tienen un lugar tan importante a la hora de reflexionar sobre sexualidad.

E: - *Qué entendés vos por sexualidad?*

A: - *El sexo. Otra cosa...*

E: - *El sexo, qué es el sexo?.*

A: - *Yo que sé que es el sexo. Reproducirse, yo que sé.*

E: - *Solo reproducirse?*

A: - *No sé, yo que sé.*

E: - *Vos tenes sexo?, vos tenes sexo?*

A: - *Si.*

E: - *Solo para reproducirte?*

A: - *No!!.*

E: - *Por qué?*

A: - *Placer. (Sandro, 18 años, ciclo básico finalizado).*

Esta característica de priorizar lo reproductivo frente a lo sexual fue mencionada en el marco teórico y tiene que ver con varios factores que no serán analizados en esta tesis, pero que se vincula con los modos socio-históricos de construcción y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en nuestra sociedades, donde en palabras de Abrazinskas y López (2002): *“Habitualmente los derechos sexuales y los reproductivos son considerados como un binomio inseparable, pretendiendo asumir que si se garantiza el ejercicio de unos, se dará por descontado el ejercicio de los otros. Sin embargo, el deslizamiento de sentido que se produce al homologar sexualidad y reproducción genera que la mayoría de las veces se aborden los derechos reproductivos pero se obvian y olviden los derechos sexuales. Este deslizamiento no solo invisibiliza la dimensión sexual de las prácticas, sino que da cuenta de la concepción hegemónica de una sexualidad heterosexual confinada a lo reproductivo; promoviendo la idea de la reproducción como el campo principal donde se juega la sexualidad.” (pp.)*

Interlocutores en la temática sexualidad

A diferencia de los hallazgos de otros estudios, (Ramos 2011), (MYSU 2013), en esta tesis, los servicios de salud fueron señalados por los y las participantes adolescentes como lugares apropiados para abordar temas vinculados a salud sexual y reproductiva y sexualidad. Seguramente, este sesgo esté dado por el encuadre de trabajo de este estudio y la realización de las entrevistas en los servicios de salud, así como la condición de “usuarios” que tienen estos y estas adolescentes.

La familia y las madres en particular así como los amigos parecen ser los interlocutores preferidos para las conversaciones sobre estos temas.

- *De los temas, así de sexualidad y todo eso? Yo que sé. Con mi madre, con amigas. (Érica, 15 años, ciclo básico finalizado).*

- *... Mucho no, pero ahora que se dio esa charla y... a veces sale entre amigas la charla o alguna cosa de esas. Como dudas o cosas, y que comentamos. Pero no, en realidad no. (Silvia, 15 años, primaria completa).*

- *Acá en la policlínica está bueno, viste. Aprendes más y te enseñan, viste. (Jhon, 16 años, primaria completa).*

- *... hay gente que todavía no sabe de dónde salen los bebés, cómo lo hacen. Y eso está bueno informarse. Porque le estaba contando a mi madre ... (pausa) que mi tía no le podía decir nada a mi prima porque tenía vergüenza y no, y ella no supo casi nada de sexualidad y eso hay que evitarlo porque si no te informas no sabes lo que haces. (Emilio, 17 años, primaria completa).*

Abordaje de la dimensión sexualidad desde de los equipos.

Se encontraron coincidencias entre lo planteado en la bibliografía sobre la importancia del trabajo en el abordaje de esta dimensión desde los equipos de salud y los propios discursos de los/as profesionales en relación a sus prácticas y modelos de ejercicio de las mismas enmarcadas en los espacios de salud adolescente.

Como fuera mencionado a la hora de describir la composición de los equipos que participaron de este estudio la confluencia de diferentes disciplinas y por lo tanto de diferentes formaciones enriquece las prácticas de los equipos. Esto también puede funcionar en algunos casos como una limitante a la hora de llevar adelante una entrevista individual o cuando se generan “vicios” en el reparto de tareas dentro de los equipos. En los discursos de las profesionales entrevistadas el trabajo se observó compartido, con solidaridad entre unos/as y otros/as sin que ello recortara las responsabilidades específicas de cada uno/a. De todas formas hay diferencias entre los cuatro equipos respecto a los acuerdos de trabajo, construcción de un “pienso colectivo”, etc., lo que lleva a que en algunas situaciones el abordaje de la dimensión sexualidad esté “volcado” a la intervención de algunas de las profesionales.

- *Claro, a mí no. Directamente no me vienen a mi consulta, ta porque yo soy odontóloga, no me vienen a preguntar. Pero sí, lo que tienen los adolescentes, es ese trato, ese vínculo, esa confianza*

que a veces lo que se hace es de repente cuando uno, preguntan algo y uno no sabe, bien como abordar bien, porque son temas delicados. Sabemos que tenemos un equipo a quien consultar y como, como dar una buena respuesta. **(Odontóloga, ESA en centro de salud).**

-... la libertad esa de que pueden venir a hacer preguntas, hacer preguntas sobre cosas tan sencillas como los cambios del cuerpo, como cosas muy importantes o dudas más, más específicas o más importantes. No sé cómo llamarlo, no sé que se podían haber planteado, sobre el inicio de las relaciones sexuales, otros sobre dudas de sexualidad de relaciones protegidas, que iba a tener relaciones homosexuales, por ejemplo. Esa libertad de poder hablar, desde ahí me parece que lo ejerce porque, de ahí te das cuenta que le ofreces a la gente y ahí ellos empiezan a hacer uso de eso. A mí me gratifica, por ejemplo, hoy vino una niña que por ejemplo por otra cosa, porque la derivaron y ella espontáneamente me empezó a hablar de tantas cosas como que nunca había tenido relaciones y si se planteaba tener relaciones homosexuales, cómo sería su forma de cuidado. Cuando me parece que desde ahí desde abrirle que vos puedas preguntar... **(Ginecóloga, ESA en Centro de Salud).**

La ficha SIA como herramienta que aporta la inclusión de la dimensión sexualidad en la entrevista

Este aspecto fue destacado tanto por gestoras y decisoras como por los propios equipos, resultando orientadora a la hora de llevar adelante las entrevistas.

– Nosotros, es nuestro instrumento, digamos la herramienta es la ficha SIA que contempla la sexualidad digo como ejemplo, si no la tendríamos también lo haríamos. Digo, este, se plantea la entrevista, la identidad, la orientación. Se trabaja en base a eso, este, en forma natural. Yo creo que en estos años, esto se trabaja precioso. Falta todavía, no? Tampoco, pero se está trabajando mejor, estos últimos años. **(Médica de Familia, ESA en policlínica comunitaria).**

– Desde que vos haces, de alguna manera, la historia clínica y contemplas todo lo que tiene que ver con crecimiento, desarrollo, ehhh... sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, este, hasta, como nos ha tocado vivir, el tema del asesoramiento para la interrupción voluntaria del embarazo. O planificación familiar. **(Médica de Familia, ESA en centro de salud).**

Los/as profesionales plantean la importancia del abordaje de la dimensión placer y esto fue presentado como uno de los rezagos en las acciones en relación a los DDSSYRR y como un aspecto que se siente más débil en algunos casos vinculado a la formación profesional.

- ... entonces digo, nosotros por eso, le damos tanta importancia a la sexualidad, los aspectos de la sexualidad están muy destacados en la historia clínica, más que lo reproductivo. O tal vez lo reproductivo ni está, capaz que es una ausencia, no? pero, este... **(Gestora/decisora a nivel programático).**

E- DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS.

LA PERSPECTIVA DE DERECHOS.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) establece que niños y adolescentes tienen derecho a la ciudadanía, es decir a la capacidad desde la niñez de construir y exigir sus derechos. *“El enfoque de derechos abandona el énfasis estigmatizante y reduccionista de la adolescencia como problema. El paradigma de la juventud ciudadana reconoce su valor como sector flexible y abierto a los cambios, expresión clave de la sociedad y la cultura global, actor estratégico del desarrollo, con capacidades y derechos para intervenir protagónicamente en su presente, construir democrática y participativamente su calidad de vida y aportar el desarrollo colectivo”.* (Krauskopf, 2000). La CDN reafirma a los adolescentes como sujetos de derecho así como también establece obligaciones para el Estado y las familias y la sociedad en general. Los derechos son universales y por tanto deben ser satisfechos para todos por igual. Una de las características de los derechos es la interdependencia, es decir que para el ejercicio de uno resulta condición necesaria el ejercicio de los demás. A su vez son indivisibles, es decir que no hay jerarquía, ninguno de ellos tiene prioridad sobre otros. Por tanto, para satisfacer una necesidad universal desde esta perspectiva de derechos, deben ejercerse los derechos co-determinantes y por tanto las condiciones sociales que los garantizan. En cuanto al ejercicio de los mismos en forma equitativa, se debe garantizar la libertad del sujeto para decidir, lo cual refiere por un lado a la dimensión individual y por otro en lo que refiere a la dimensión social de los derechos, a que las condiciones de justicia estén dadas como para que las decisiones sean respetadas y se cumplan.

En el estudio el ítem “derechos” fue indagado de dos formas; por un lado se buscó conocer qué nociones tienen los/as adolescentes entrevistados sobre derechos humanos, para luego abordar su conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos y, en particular, sexuales, lo cual estaba directamente relacionado con los objetivos de la presente investigación. Por otro lado, se indagó sobre la percepción que tienen los/as profesionales que trabajan en los ESA en relación a si sus acciones se realizan desde una perspectiva de derechos, sumando también la opinión en este sentido de gestores y decisores.

- Si ellos trabajan, si ellos ponen en práctica, este... la, la digamos, la concepción de derechos me cuesta poner una cifra. Yo te diría que entiendo que más de la mitad de la gente que trabaja en los ESA sí lo logra hacer. Es decir, preguntar, escuchar, dar el espacio para que los gurises tengan como la “chance” de tomar decisiones, ta? Por supuesto, eh, consultar respecto a cosas como si entran solos o entran con los adultos a la consulta. Creo que es una práctica generalizada en los espacios, sí? Pero, este claro no, el panorama creo que cambia muuuchísimo cuando vos te vas, salís del

espacio y te vas al centro de salud. Respecto al cómo se mueve un adolescente en un servicio de salud. No... (Gestora/decisora a nivel programático).

– Yo creo que se trabaja desde una perspectiva de derechos desde el momento en que uno, brinda la información y la orientación para que el adolescente tenga todas las herramientas para tomar la decisión que tenga que tomar en el momento que la tenga que tomar. (Médica de Familia, ESA en Centro de Salud).

Para la promoción de derechos, se hace necesario el desarrollo de estrategias integrales para favorecer el pasaje de la información al conocimiento, de éste a la apropiación y al consiguiente ejercicio de los mismos. A continuación se mencionan algunos de los derechos de los/as adolescentes, que refieren a su salud y al desarrollo integral:

Artículo 6 de la Convención: establece el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo. Este derecho junto con el derecho a la participación son dos pilares esenciales de la CDN, es imprescindible reconocerlos ya que violarlos afecta directamente el cumplimiento de todos los demás derechos. Los estados tienen la obligación de proteger y garantizar la vida a través de medidas positivas, como elevar la esperanza de vida, combatir enfermedades, etc.

Artículos 12, 13, 14 y 15: refieren al derecho a expresar opinión, se plantea que los adolescentes son protagonistas de su vida, por lo tanto deben participar en todas las decisiones que los involucren. El conocimiento y la práctica de los derechos a la libertad de pensamiento, conciencia, de religión y asociación, favorecen la inclusión y participación adolescente, considerando que promueven el respeto a las diversidades y el poder generar propuestas y decidir sin restricciones. Así también se promueve la autonomía a través de la libre asociación, sin la necesidad del permiso adulto o la institucionalización de la misma, generando espacios de poder propio.

Artículo 24, Derecho a la salud y los servicios médicos: los estados están obligados a garantizar a todos los adolescentes el derecho al más alto nivel de salud y el acceso a servicios de salud para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación dando respuestas integrales a las problemáticas que éstos presentan. Se trata de trabajar con las condicionantes que afectan la salud: económicas, sociales, educativas, ambientales, recreativas, etc. La CDN también reconoce el derecho del adolescente a buscar, recibir, y difundir información con un lenguaje apropiado, de forma que se fomente la toma de decisiones y la expresión de opiniones, se hace necesario que los adolescentes estén informados en forma adecuada sobre las distintas opciones y circunstancias. A su vez el derecho a la información es un requisito indispensable para ejercer el derecho a la participación.

Como se mencionó en otro momento de este trabajo, se debe garantizar la atención sanitaria para todos los adolescentes, haciendo énfasis en el desarrollo de la atención primaria de salud. Se deben asegurar que los servicios de salud para los/as adolescentes sean adecuados, es decir amigables, respetuosos y no prejuiciosos. Es necesario que los trabajadores de la salud tomen en cuenta las preocupaciones de los/as adolescentes, considerando sus problemas de salud con sensibilidad y sin prejuicios, respetando la confidencialidad. El personal de salud debería estar preparado para responder adecuadamente a las inquietudes de los/as adolescentes. Respecto al derecho a la participación en la salud, es primordial que los/as adolescentes se apropien y tomen decisiones responsables en cuanto a su salud, desarrollo y su calidad de vida, para lo cual se hace necesario que se produzca una escucha activa y comprometida desde los agentes de salud, que les habilite a expresar lo que sienten y quieren, ya que al considerarse escuchados/as y considerados con respeto se está promoviendo el ejercicio de sus capacidades y de su responsabilidad ciudadana en todos los ámbitos de su vida.

– *No, estaba... digo, pensando, me acordaba ahora como algunos casos puntuales. Por ahí una gurisa el año pasado venía a plantear que ella quería quedar embarazada, porque quería formar una familia y yo que sé qué... gurisas de quince (15) años, por ejemplo (jeje). Y me acuerdo que entró toda la tensión que eso podía generar, desde una perspectiva adulta y no, y pero bueno, que eso, obviamente se acompañó, por lo menos desde mi espacio, esa opción, también como problematizando o por lo menos, pensando y charlando con ella qué modelo de maternidad manejaba. También el poder decir, más allá de la maternidad, qué otros proyectos de vida tenía y bueno, como eso también de brindar el espacio de pensar y repensar, preguntar la opción que toman los chiquilines, no?.* **(Trabajadora Social, ESA en Centro de Salud).**

– Si, yo al menos intento, si, si. Yo al menos intento. Lo que pasa que es tan abarcativo esto de los derechos, tendríamos que ver qué derechos hablamos, no sé cuánto. Si hablamos, desde que llega el adolescente, desde que no, desde que llega a ventanilla, qué se está contemplando ah, sí se los está respetando y qué no... hasta que se sienta y espera cuánto rato, hasta que entra a la consulta, qué información recibe y cómo la recibe, este. Y bueno, todo lo que viene después, no? Bueno, está difícil que todo el equipo vaya aunado, no?... hacia ese objetivo pero, este... **(Agente Socio Educativa, ESA en Centro de Salud).**

Los y las adolescentes tienen derecho a conocer su cuerpo, a tomar decisiones sobre él y a participar en el diseño, planificación, ejecución y seguimiento de los programas, políticas y servicios vinculados a su salud y su desarrollo. Este componente más vinculado a la participación ciudadana tiene su expresión en la consulta individual, pero también es generalmente asociado a las actividades de promoción de salud, aspecto éste que será trabajado más adelante.

Enmarcado en la Convención sobre los Derechos del Niño, el Código de la Niñez y la Adolescencia ratificado en nuestro país en el 2004, menciona derechos específicos relacionados con la salud: El artículo 9, establece “todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a la vida, dignidad, libertad, identidad, integridad, imagen, salud, educación, recreación, descanso, cultura, participación, asociación, a los beneficios de la seguridad social y a ser tratado en igualdad de condiciones cualquiera sea su sexo, su religión, etnia o condición social.”.

En el artículo 11 se establece el derecho al respeto y a la privacidad, por tanto a la confidencialidad. Así como también en el artículo 8, se plantea el concepto de autonomía progresiva, que refiere al proceso de desarrollo de las capacidades evolutivas del sujeto. Se trata de un proceso que se adquiere en forma paulatina y entre sus características fundamentales podemos mencionar la habilidad para comprender y comunicar información, reflexionar y elegir libremente así como formular preocupaciones y plantear preguntas.

*– Porque los tenemos en cuenta en todo momento cuando trabajamos con ellos. Desde, desde la atención, desde el invitarlos a la consulta cuando ya los gurises entran ya se les dice los derechos que tienen, nos encanta decirlo delante... si bien son más chicos y vienen con sus padres, o con su madre para que los padres escuchen también, para que también sepan que tienen derechos, no? Los derechos de la consulta y de la salud sexual y reproductiva se van trabajando a lo largo de su historia, no? Tanto en la consulta, como acá se trabaja la longitudinalidad uno a veces no se quema todo en la primer consulta. Si vienen chiquilines de doce (12) años tampoco le vas a decir “tenes derecho a pedir preservativos” no, no se lo vas a decir eso. Vamos a esperar, sabemos bueno que sabes que podes contar con nosotros, que vos tenés derecho a venir acá, preguntar y pedirnos. Uno se va adecuando también a los caminos que ellos siguen por sus edades. Eso lo hemos aprendido con la experiencia, porque a veces uno les tiraba todo por la cabeza y los chiquilines se iban con un corso, que no entendían nada. Qué eso ya se ha visto. **(Médica de familia, ESA en policlínica comunitaria).***

Aspectos como el valor y la importancia de la confidencialidad, surgen también en varias de las entrevistas, tanto de quienes juegan roles gerenciales y programáticos, los equipos técnicos y desde los y las propias adolescentes que valoran la existencia de ese ámbito como una cualidad positiva de este tipo de servicios donde claramente se les es explicitado este derecho y además sienten como respetado.

La formación en derechos en los equipos de salud integrantes de los espacios adolescentes

Este punto merece ser tratado de forma singular ya que no estaba previsto en la pauta de entrevista, sin embargo emergió como preocupación de las profesionales, en particular de aquellas con formación bio-médica.

Parece haber un aprendizaje por experiencia o producto del intercambio y el trabajo a lo largo del tiempo en estos equipos inter (o multi según el caso) disciplinarios. Es de destacar también que desde quienes encabezan las políticas de salud adolescente este aspecto es identificado como un problema y, por ello, a lo largo de estos años se han realizado múltiples capacitaciones y actualizaciones sobre diversos temas dirigidas a los equipos, con énfasis en médicos de diferentes especialidades. No se puede, de todas formas, dejar de plantear que una vez más estas cuestiones quedan sujetas “a la voluntad” o “al gusto” (compromiso con la formación) que puedan tener estos y estas profesionales en relación a su interés o inquietudes de formación.

*– Sí, yo creo que sí. A mí yo lo que siempre he sentido es que en realidad no estaba como formada, como para eso. Como te digo, yo empecé, soy ginecóloga y cuando me llamaron acá, me plantearon y yo no tenía ninguna formación, les planteé que si bien yo no tengo ninguna formación, me gusta trabajar con adolescentes y que me interesaba participar. Pero no tenía, no vine con ninguna formación y como que todo eso se ha ido dando. Eso es lo que yo siento y que no es que he tenido una formación específica en atención a adolescentes.... Yo creo que sí. Que se brinda todo un servicio de salud en derechos, de ofrecer. Pero creo que hay un debe que yo no me siento que estuviera formada para eso. Me parece que es como una cosa, que lo traes o te interesa personalmente algo, pero no sé si estamos como muy formados todas las personas que trabajamos, todos los ginecólogos me refiero, que trabajamos en el ESA. Por lo menos en la parte nuestra en facultad, por ejemplo, en la formación en nuestra carrera, no hay información específica en derechos. Es más como teórica y nombrada y después queda como en un segundo plano, en lo que es la formación del ginecólogo, por ejemplo. Eso es clarísimo, clarísimo. **(Ginecóloga, ESA en centro de Salud).***

– Es todo ese tema. Porque en la salud nos cuesta pila, porque la formación nuestra es como que la ignora totalmente. A mí me pasó de tener una consulta de una adolescente, y preguntarle “bueno tenés novio”, no sé qué... y que me diga “No, mira yo soy lesbiana”, no sé qué. Ta buenísimo obviamente, todo bien, pero después en un momento me pregunta “Bueno, pero cómo me cuido yo?” . Yo no tenía ni la más puta idea de que decirle, también es por un (...) (risas) saber que no tenía ni idea. Bueno, después hemos tenido algunos talleres de formación en centros (...) en homofobia. Pero es algo que viene como ahora como queriendo cambiar como desde la salud, y tenemos que ir como incorporando de a poco, pero realmente me di cuenta que nuestra formación es un tema que ignora

completamente los ocho (8) años de carrera y cuando querés acordar, saliste y no tenías ni idea cómo abordar situaciones que son cotidianas, que son básicas, que son... no sé. (Residente de Medicina familiar, ESA en policlínica comunitaria).

Desde el Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y Juventud se han planteado una serie de instancias de capacitación dirigidas en particular a los médicos, no sólo a quienes integran los ESA sino a los médicos en general que pueden recibir adolescentes en sus consultas, quienes pueden ser los médicos de referencia de esas personas. Este objetivo que tomó el MSP se relaciona con apoyar en la formación y la tarea de los/as profesionales, si bien se reconoce el papel de la Universidad por ahora el MSP asumió trabajar en la capacitación de los recursos humanos. Los cursos tienen una duración de 40 hs y se basan en las *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención (MSP, 2009)*, las cuales se centran en cinco líneas principales de trabajo: derechos, crecimiento y desarrollo, sexualidad en la adolescencia, consumo y violencia.

-Yo, yo soy, fui ahora terminé, pero fui docente no? de ginecología, no? El tema derechos sexuales se da en la primer clase y después nunca, o sea, se toca porque si vos lo quieres tocar, de hecho está todo el tiempo, pero no es que exista como información. Entonces me parece que eso es un gran debe que tenemos en la educación. Porque yo que fui grado dos (G2) de ginecología en pre grado, en qué clase tocamos el tema DDSSRR. En la primera clase tocamos el tema, en la primera, y después se habla de patologías, y los derechos sí surgen porque ellos en la consulta ven, como en la consulta. Pero como tema, como teórico falta muchísimo para eso. (Ginecóloga, ESA en centro de Salud).

En la voz de los y las adolescentes...

En el relato de los/as adolescentes entrevistados, en general las respuestas sobre derechos humanos fueron escuetas, dubitativas y poco descriptivas. La mayoría de los y las adolescentes planteaban tener vagas ideas sobre qué eran los derechos humanos siendo incapaces de dar una definición de forma espontánea a pesar de la insistencia de que la respuesta que se esperaba era sencilla y utilizando sus propias palabras. Aquí las diferencias a la interna de la muestra estuvieron dadas sobre todo por el nivel educativo y el estar asistiendo actualmente o no a un centro educativo.

Quienes responden con más seguridad inmediatamente referencian la pregunta a “algo que vieron en el liceo” y en algunas asignaturas en particular.

– Es algo que... podemos hacer y que no sé, que nadie puede juzgarlo, que nosotros hacemos porque es nuestro derecho... no sé como... decirlo. (Érica, 15 años, ciclo básico completo).

– Son los derechos, digamos, los deberes y las obligaciones y también las... cómo decirle la palabra, no sé, como que nosotros también tenemos ese derecho, pero tiene otra palabra en realidad. Que podemos hacer ciertas cosas pero no abusar, tenemos un cierto límite y a la vez somos respetados por lo que queremos hacer u opinar. **(Verónica, 16 años, Ciclo básico completo)**

Si bien la respuesta sobre el conocimiento de la existencia de los derechos humanos fue afirmativa, la dificultad estuvo centrada en poder definirlos. No se exploró que niveles de incorporación de los mismos tenían los y las adolescentes a cuestiones más vinculados a su vida cotidiana, aunque en las entrevistas hubo algunos indicios de que sí existiría una incorporación a pesar de que no siempre en las respuestas se pudo objetivar esto. A la hora de identificar derechos, refieren el derecho a la libertad, en particular con énfasis en el derecho a la libertad de expresión (lo cual es significativo y esperable en esta etapa evolutiva), el derecho a la educación y en algunos casos, el derecho al trabajo y la mención de leyes que regulan los derechos de los trabajadores, esto último se dio en los adolescentes varones que estaban insertos en el mercado laboral.

– Esto lo di en el liceo, e hice todo un trabajo, pero no me acuerdo bien...son cosas que las personas tienen, no solo la obligación de cumplir con los demás, sino que se respeten. Hay diferentes tipos de DDHH, de tanto... no sé, desde el más básico, derecho a la vida al derecho a la educación, la vestimenta a lo que sea. En general, al alimento, en general, pero son cosas que tienen que ser respetadas en todo ámbito... y...el Estado tiene que tener el respaldo de que todos los derechos sean cumplidos y se respeten. **(Virginia, 18 años bachillerato completo).**

Es de destacar que el derecho a la salud no fue traído de forma espontánea por ninguno de los y las adolescentes entrevistadas y mucho menos aún la referencia a derechos sexuales y reproductivos.

LA PROMOCIÓN DE SALUD Y EL PAPEL DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS.

La promoción de salud y, en particular, de la salud sexual y reproductiva con adolescentes, es uno de los puntos más importantes abordados en esta tesis. Uno de los objetivos específicos buscó identificar y describir las acciones que -desde la perspectiva de la población adolescente entrevistada- son realizadas desde los equipos de salud para tal fin. En este sentido, a nivel general es posible afirmar que estas acciones son parcialmente identificadas por los y las adolescentes, tanto en lo que hace al vínculo individual en la consulta como en particular al trabajo de los equipos en los espacios grupales de los servicios y en los centros educativos a los que concurren. Sin embargo, a la hora de preguntarles por dónde debieran trabajarse estos temas o dónde han obtenido mayor información al respecto, los centros educativos también ocupan un lugar privilegiado.

–...Por ejemplo acá siempre hay carteles o cosas que te están diciendo de prevenir enfermedades y también en la escuela, se dio que la maestra, tipo en sexto, como que quiso dar una charla de esas cosas. Que también estaba dando, estudiando, como, profesora de sexualidad, no sé, sexología o biología... Y ta, como que estuvimos hablando y ta, me fui dando cuenta al crecer. **(Silvia, 15 años primaria completa).**

Los ESA donde fueron realizadas las entrevistas, destacan el trabajo en red con otras instituciones tanto sea para la captación de consultas en los servicios como para el trabajo en la promoción de salud. La capacitación y formación de promotores de salud adolescente como fuera establecido anteriormente es uno de los objetivos de trabajo que acompañaron la creación de los espacios. En los equipos entrevistados esto fue presentado como una actividad destacada que se desarrolló en algún momento, más cercano o más lejano en el tiempo, desde la conformación del servicio. En aquellos espacios que funcionan en policlínicas comunitarias, la captación se hace más sencilla, se da de forma casi natural, ya que son los propios adolescentes con perfil de promotores quienes se acercan o son vecinos y vecinas agentes comunitarios en salud quienes los captan. En el caso de los espacios que funcionan es centros de salud de referencia más regional esto se realiza a través del trabajo conjunto con los centros educativos.

– *Si, todo lo que tiene que ver con promoción. Se hacen muchas acciones de promoción de salud en centros educativos. Es como un... creo que es de las acciones más claras y más consensuadas de los espacios, de los técnicos que trabajan con adolescentes. Y también lo que tiene que ver con instancias como ferias. ... Creo que en esas instancias, este, se busca dar difusión a los derechos sexuales de los chiquilines, no? y de la población en general. (Gestora/decisora a nivel programático).*

– *Y lograr procesos, que eso también, no? o sea, tanto sea con los grupos de la escuela, o con los chiquilines del liceo, algunos de los gurises que vienen para acá. Como lograr procesos y lograr que estos adolescentes sean, este, no? promotores... promotores juveniles con otros adolescentes, también. Que eso nos pasó, nos pasaba con gurisas que venían acá al espacio y después decía “ah, porque yo a mis amigas les cuento...”, o yo... (Agente socio educativa, ESA en policlínica periférica).*

Esta característica de trabajo en red y de participación de los usuarios y usuarias es propia del trabajo en el primer nivel, pero en el caso de los/as adolescentes se vuelve particularmente necesaria.

El trabajo en redes sociales, según Dabas (1998)

“implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los

integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos” (1998:pp. 5.).

Las instituciones educativas son, sin duda, espacios de participación social y construcción de ciudadanía; pero sobre todo, son espacios de aprendizaje social y académico. Disociar ambas dimensiones, atenta contra el sentido de la institución misma.

En Uruguay, como en los países de la región, nos enfrentamos al problema del acceso pero sobre todo de la permanencia y avance en las trayectorias educativas de jóvenes en el sistema educativo, teniendo claro la trascendencia de esto a la hora de pensarlo en función de las estructuras de oportunidades de los y las jóvenes .

Son recurrentes los planteos vinculados a la necesidad de mejorar los niveles de articulación e integralidad de las políticas públicas sociales de modo que sus efectos tengan los resultados esperados por los gobiernos de la región (léase mayores niveles de inclusión social, trayectorias exitosas, acceso al mercado laboral, una sociedad más integrada y con mayores niveles de equidad). (Midaglia y Antía, 2007) (Midaglia y Castillo 2011) (MIDES 2007, 2010, 2011).

*- Los adultos siempre, cuando nos preguntan las necesidades de los chiquilines decimos, este, salud sexual y reproductiva, o sexualidad, más bien y drogas. Es como nuestro caballito de batalla. Los chiquilines, si vamos al ejemplo de... yo te nombraba este proyecto que estamos llevando adelante, los centros educativos, que son... en verdad son espacios de escucha y orientación. Los chiquilines, la, la, la... el grueso del motivo de consulta se lo llevan los vínculos. Los vínculos con pares, los vínculos familiares, los, las situaciones de violencia intrafamiliares. Preocupaciones de ese tipo. Bastante más atrás están las consultas por salud sexual y reproductiva. Si vos lo analizas, desde el ESA, probablemente haya un poquito más de prevalencia porque es un espacio en el que los chiquilines identifican más como una policlínica o un consultorio. El espacio en un centro educativo es como mucho más abierto, este... pero este espacio que lo identifican como policlínica, probablemente haya más consultas de esas. Pero yo, me animaría a decirte que no es el primer motivador de consulta, de los chiquilines adolescentes en general. **(Gestora/decisora a nivel programático).***

Generalmente, los sectores de mejor nivel socioeconómico cuentan con espacios de participación social para sus jóvenes; lugares de participación e inclusión social desde donde se construyen determinados modelos identitarios. El vínculo personalizado anclado en la comprensión de las circunstancias vitales de estos jóvenes y que tiene como “norte” la matriz de inclusión social, erige una forma novedosa de implementar políticas de salud.

Algunos autores, como Kaztman (1999), plantean que el hecho de tener que lograr una trayectoria educativa ascendente de al menos 17 años de escolarización para personas jóvenes en el sistema educativo, plantea una nueva forma de habitar el espacio educativo – directamente vinculado a los capitales sociales, económicos y culturales- que determina la posición en el espacio social (entre otras dimensiones determinantes como familia de origen, habitus, etc).

– y en realidad, tendría que ser, talleres o ser parte de una materia. O sumársele a la biología o lo que sea, pero más bien en el liceo, o en la escuela, ya empezar desde chico. Desde lo que ya se pueda entender con su edad, de a poco para después cuando ya sean más grandes, hablar de cosas más, más elaboradas, más profundas, no tanto como que llegas al liceo y te dicen cosas que tal vez, a los diez (10) años ya entendías. Empezar de antes ya en la escuela y o sea, continuarlo durante toda la educación. Porque como que son muy pocos, hay talleres, y hay algún profesor que otro, pero no... como que la mitad de los chiquilines no tienen la menor idea de nada y se dan pocas veces los talleres. Como que si no te interesas, tampoco hay mucha información, que digamos, ahí fácil. Y... tendría que ser en el liceo o la escuela porque me parece que es donde hay más cantidad de jóvenes y donde van más seguidos. Y como que es obligatorio, que la tienen que estar en la charla. Porque, por ejemplo, hacer talleres, ponele, de repente acá en la policlínica, si viene... vendrá alguno y si tiene ganas y capáz que ni siquiera se molestan en moverse. Pero llevarlo a algún lugar que ya estén, me parece que es como más efectivo, es más... (Virginia, 18 años, bachillerato finalizado).

Como fuera advertido en otro apartado de este análisis el nivel educativo así como la asistencia a un centro educativo condiciona la capacidad de respuesta o de reflexión en relación a los temas planteados en la entrevista, si bien la mayoría de los y las participantes se encontraban estudiando al momento del estudio, surgieron algunos planteos que muestran la apropiación que tienen sobre la realidad que los rodea en relación a la interrupción de las trayectorias educativas.

– Y también yendo a lugares así, eh, tipo asentamientos que hay gente que no va a liceos ni escuelas ni nada. Y ta, y yendo ahí también puede ser. (Erica, 15 años, ciclo básico finalizado).

- Y yo diría que... tendría que en vez de gastar tanta plata, no sé en publicidades de cualquier cosa, de cualquier pavada, tendrían que informar más a los adolescentes sobre esto. O que hayan más centros de adolescentes o hacer algo porque hay muchachas de doce (12) o trece (13) años que están embarazadas que no sé si es porque quisieron o porque no tenían la información necesaria

como para... porque uno obviamente, una persona de doce (12) años no quiere tener un hijo. Por lo menos yo pienso eso, no está apta para tener un hijo. Yo creo que las personas que son tan jóvenes y tienen hijos sin desearlos es porque les hace falta información. O sea, estaría bueno hacer campañas sobre eso, o no sé, lo que sea, desde entregas de folletos hasta campañas en la televisión, hasta nuevos centros de adolescentes. (Flavia, 16 años, ciclo básico finalizado)

El servicio de salud, en particular el espacio adolescente también aparece como un lugar apropiado para el acceso a información, así como también son mencionados la familia y los amigos como fuentes importantes. Para algunos/as adolescentes la televisión, internet y la publicidad en la vía pública son fuentes importantes para difundir información vinculada a derechos sexuales y reproductivos. La participación entendida como ejercicio de poder, permite facilitar un proceso de empoderamiento mediante el cual los/las adolescentes se transforman y transforman su entorno.

EL LUGAR DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El concepto de derechos sexuales y reproductivos es relativamente nuevo en términos históricos y está fuertemente relacionado con el concepto de derechos humanos y con la construcción de ciudadanía. Estos derechos fueron considerados como tales a nivel internacional, mediante marcos conceptuales y jurídicos constituidos básicamente por cuatro instancias del Sistema de las Naciones Unidas: Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979); Conferencia sobre Derechos Humanos en Viena (1993); Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), en particular es a partir de estos dos últimos documentos donde los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DDSSYRR) de adolescentes aparecen claramente establecidos.

En Uruguay, los DDSSYRR se encuentran amparados según la Ley 18426, aprobada en el año 2008 y el Decreto que la reglamenta de setiembre del 2010, *“en ellos se universaliza la cobertura de salud sexual y reproductiva, planteándose que todos los prestadores del SNIS deben contar con una atención en SSR universal, integral, amigable, igualitaria y confidencial, entre otras características.”* (Barrios y cols., 2011; p. 22). Condiciones estas que se vuelven imprescindibles para habilitar el trabajo entorno al ejercicio de derechos. La información juega aquí un papel fundamental y nuevamente la formación de los equipos de salud tiene un carácter determinante ya que son actores claves para la promoción de derechos.

Como fuera planteado anteriormente, la atención de la salud de la población adolescente en

lo que hace particularmente a los aspectos vinculados con la sexualidad, parecería centrarse desde una perspectiva del riesgo y no de derechos.

– *Y de todo, viste que ellos te dicen de las enfermedades que hay, cómo cuidarte y las cosas que tenes no?, si tenes alguna enfermedad cómo poder curarla, cómo poder llevarla, todas esas cosas. (Federica, 17 años, primaria completa).*

Sin embargo, la perspectiva de derechos fue traída tanto por los equipos como por las gestoras como norte al que se mira en la cotidianeidad del trabajo. Esta convivencia de modelos seguramente está relacionada con el momento por el que como sociedad estamos atravesando, donde tímidamente en algunos casos y con mucha fuerza en otros, algunos derechos comienzan a materializarse al menos desde el punto de vista legislativo o normativo, teniendo presente que esto hace solo a un aspecto del cambio pero que es un paso fundamental. Al respecto hace algunos años, Amorin, Carril y Güida (2006) planteaban que si bien el paradigma de los DDSSYRR ha permeado los discursos políticos, no se observa aún su incorporación en las prácticas concretas de los/as profesionales.

– *Yo creo que ellos consultan, que muchos consultan, hay otros que no consultan pero creo que, la mayoría acá de los técnicos contemplan el aspecto en la entrevista. (Médica de familia, ESA en Centro de Salud).*

– *Yo creo que en realidad... los gurises no consultan acá sobre sus derechos. Por ahí el tema que sale es más, como métodos anticonceptivos, por ahí porque ta, porque también es la vía para acceder a las pastillas o al preservativos. Pero que en realidad, por lo menos acá, por lo menos acá, que estamos como insertos en un contexto barrial que no es como de mucha pertenencia comunitaria. Porque estamos en el eje, de o sea, en xxx (refiere a una avenida importante), en el centro de xxx (refiere al barrio donde está el centro de salud), el chiquilín establece lazos, como por ahí de confianza, como por ejemplo para trabajar su afectividad o charlar o yo qué sé qué, más en espacios que circula más cotidianamente o que tiene otros vínculos y otra referencia. Este, me parece. Lo que no quiere decir, que no se, se entiende... o sea, eso. O sea, yo veo más eso, que los adolescentes. Nosotros por ejemplo, y otro espacio donde se trabajan los DDSSRR, o se trabajaron en el, en el espacio grupal de los promotores de salud, salía pila y era un tema que les inquietaba y como que todo el tiempo, nada, como... Sobre todo pidiendo información tratando de entender un montón de cosas, que pensando después, en como la información que manejan sobre sus DDSSRR. Que no, si bien está como currícula en el liceo, no? Y cuando nosotros decíamos, “che, vo, vamos a tener un taller sobre DDSSRR” como que lo primero que salía era “ah, no pero ya lo dimos en biología, ya lo dimos no sé qué, ya lo dimos...”. Y por ahí, después de que igual empezabas como a trabajar, y salían algunas preguntas, ibas hacia atrás, tenías que ir más atrás porque había cosas básicas que no manejaban. Chiquilines de tercero (3ro) de liceo, te estoy hablando. De información y no solo de los DDSSRR, sino como de cuestiones bien biológicas de su cuerpo, de cómo funciona, de*

cómo se genera el embarazo y de por qué el preservativo, este, ehhh, evita el embarazo y las pastillas por qué lo evita y cómo funciona eso para poder tomar una decisión. Era como que no estaba la información básica para que ellos pudieran tomar la información, la decisión. (Trabajadora social, ESA en Centro de salud).

Es importante diferenciar en el discurso de los/as adolescentes el reconocimiento de sus derechos a nivel formal y las condiciones para su apropiación y ejercicio real, Amuchastegui y Rivas (2004). En el análisis de las respuestas esto se manifiesta de forma clara mediante la dificultad de enunciación de los derechos, si bien algunas de sus implicancias sí parecen estar presentes en el discurso de los y las adolescentes.

Al igual que sucedió con la concepción de los derechos humanos, la noción de qué y cuáles eran los derechos sexuales y reproductivos casi no fue referida espontáneamente, e incluso en algunos entrevistados fue difícil construir una definición conjunta a partir del intercambio y el diálogo en la entrevista. Entre los que sí lograron acercarse a una definición o identificación de los mismos, se destacan algunas ideas que podrían sintetizarse en:

- La asociación inmediata con las “relaciones sexuales”.
- La relación con la sexualidad.
- El vínculo difuso con el auto-cuidado y el cuidado de los otros.

Los derechos son asociados con:

- El poder elegir cuándo y con quién tener relaciones sexuales.
- El no ser violentado/a por la pareja.
- El acceso a los métodos anticonceptivos.
- El tener hijos o no tenerlos cuando se desee.
- La libertad en la elección y orientación sexual.

A: – (Pausa) Si me explicas un poquito más ahí yo te saco.

E: – Estábamos como en esta línea de los derechos, yo te decía sexuales, derechos sexuales y reproductivos?

A: – A tener hijos.

E: – Por ejemplo, ese es un derecho. A tener hijos o a no tener hijos, si uno lo decide. Eso sería un derecho reproductivo. A... a ver, alguno más que se te ocurra?

A: – (Pausa) A elegir pareja. Yo que sé. (Sandro, 18 años, ciclo básico finalizado).

– Ehhh... más o menos. Derechos que tenemos como..., también como personas, sino querer las relaciones, no hacerlo, sentirte cómoda. (Silvia, 15 años primaria completa).

Al hablar de género nos referimos a un proceso mediante el cual individuos biológicamente diferentes se convierten en mujeres y hombres, mediante la adquisición de aquellos atributos que cada sociedad define como propios de la femineidad y la masculinidad. El género es, por tanto, la construcción psico-social de lo femenino y lo masculino.

Y en este proceso de adquisición de atributos es que se van planteando relaciones de poder entre los géneros en donde tienen participación distintas instituciones como el Estado, la comunidad, la religión, entre otras, proporcionando en forma desigual, reglas y recursos para que se promuevan los intereses propios de cada género.

Es de esta forma que la adopción del género como categoría de análisis ha significado la ruptura epistemológica más importante de las últimas décadas en las ciencias sociales, pues ha implicado el reconocimiento de una desigualdad social que había sido hasta entonces subsumida en la dimensión económica, tanto por la teoría de las clases como por las de la estratificación social (de Barbieri, 1992).

La Organización Mundial de la Salud en 1998 establece que se compromete con los conceptos de equidad, solidaridad, justicia social, y a la incorporación de la perspectiva de género.

La división por sexo del trabajo y el poder en la sociedad se refleja en desigualdades injustas e innecesarias entre hombres y mujeres que repercuten en el estado de salud y sus determinantes, el acceso a la atención apropiada y la participación en la producción de la salud. (Gómez, 2002).

En las siguientes viñetas aparece algo de esto en relación a cómo un varón adolescente y una mujer adolescente se piensan en relación al derecho a decidir libremente si tener hijos o no, cuándo, cómo y con quién tenerlos.

– *Claro así, que tenes derecho a tener relaciones y eso, con la persona que quieras, o con quién y eso. Todavía después eso, con los hijos cuando uno no lo quiere conocer y otros no. Algunos los quieren conocer, algunos no, los hijos y los padres. (Roberto, 17 años, primaria completa).*

– *Si. Obviamente que si vos querés tener un hijo, tenés primero que consultarlo con tu pareja. Obviamente no vas a tener un hijo contra tu voluntad, digamos o simplemente no tenerlo. Si no querés tenerlo, tenes que cuidarte y no hay quien te diga lo contrario. O sea, yo tengo derecho, como mujer, no tan mujer pero como adolescente, tengo el derecho de no quiero tener hijos ahora y mi pareja no tiene por qué obligarme a tener hijos, obligarme a no cuidarme, obligarme... No. Yo sé lo que mis derechos como mujer y como... yo sé que no. Yo ahora hijos no quiero, y nadie va a obligarme a hacer lo contrario. Es así. Y no hay otra. No hay vuelta atrás, es así. Yo no quiero tener hijos y no los tengo. (Flavia, 16 años, ciclo básico finalizado).*

En el estudio realizado por MYSU (2013) sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes uruguayas, a la hora del análisis de los resultados se observa que el derecho a “vivir la sexualidad en plenitud y con libertad” es el derecho que concentra la mayoría de las respuestas (83%), seguido en menciones por el “derecho a elegir la pareja”, en porcentaje menor (24%). En ese estudio se encontró que los derechos sexuales son mencionados en mayor medida que los reproductivos de forma espontánea por las adolescentes y esto es tomado como un aspecto positivo ya que son indicios de avances en materia de emancipación, reconocimiento y avances en el reconocimiento de la redistribución simbólica de las prácticas sexuales.

Si bien los resultados de este estudio no pueden ser comparados con los encontrados en la presente tesis, ya que se trata de dos metodologías, objetivos y alcances distintos, sí es importante destacar algunas coincidencias que se dan en la identificación de derechos sexuales de forma espontánea.

Alice Miller (2002) sostiene que hay tres formas de aproximarse al tema de los derechos sexuales, desde una perspectiva evolutiva, devolutiva o revolucionaria. La primera, lo que hace es trasladar la aplicación de los derechos que ya existen a nuevas situaciones o ahora visibles situaciones de los sujetos. La perspectiva devolutiva está relacionada con atender los reclamos sobre derechos sexuales de los colectivos organizados de la diversidad sexual por ejemplo y vincularlos solamente a estas grupalidades. En tercer lugar, la perspectiva revolucionaria, la cual reivindica la primacía de la igualdad y no discriminación, pone énfasis en la dignidad de la personas y en la idea de que los derechos son interdependientes en su realización, señalando la importancia de la participación de individuos y grupos en la determinación de los temas que los afectan.

Poder elegir cuándo y con quién tener relaciones sexuales.

Este fue el contenido más evocado en las respuestas de los/as adolescentes en relación a los DDSSYRR. Seguramente por la etapa evolutiva por la que están pasando este tema cobra particular importancia. Es en la adolescencia donde mayoritariamente las personas se inician sexualmente. La edad media de inicio sexual en las mujeres se ubica en los 19 años⁵ con variaciones relacionadas con el nivel educativo, socioeconómico y territorial (MYSU 2013). En otro estudio realizado con mujeres adolescentes de entre 15 y 18 años, quienes ya se habían iniciado sexualmente en una amplia mayoría lo habían hecho con sus novios y

⁵ Población de mujeres estudiadas con edades entre 15 y 49 años.

motivadas por el amor. En los varones uruguayos⁶ la edad de inicio en las relaciones sexuales está ubicada en torno a los 15 años (MYSU 2013b) y en su mayoría también se inician con una novia pero el motivo está más vinculado a la atracción o al deseo que al amor tal cual refieren las mujeres adolescentes.

Es importante recordar que en esta tesis, no se indagó sobre las experiencias personales de los las adolescentes en relación a su salud sexual y reproductiva en general sino que el foco estuvo puesto a la relación con el servicio de salud, es por esto que no se incluyeron preguntas que apuntaran por ejemplo a conocer su situación en relación a iniciación sexual, orientación sexual, etc. por lo que estas caracterizaciones no pudieron ser comparadas.

No ser violentado/a por la pareja.

Este es otro aspecto interesante que surge en las respuestas obtenidas ya que nos muestra aspectos vinculados al auto cuidado y valoración de los y las adolescentes, al menos en algún sentido ya que sin poder analizar los alcances que tiene esta enunciación es destacable que aparezca en varios de los relatos.

– *Los derechos, que yo tengo derecho a ser respetado y también respetar mi pareja. Eso, lo de techo.*

– *(Risas) A ver alguna más, qué significa esto de ser respetado y de respetar a tu pareja?*

– *También vos la tenes que respetar, si ella no quiere algo o vos no quieres algo, que ella te tiene que respetar. La otra obligación, no... también no herirla con palabras, eso y los derechos. Eso.*

(Guillermo, 18 años, ciclo básico finalizado).

– *No, porque o sea, porque yo tengo problemas con mi pareja. Entonces hablando con XXX (refiere a una técnica del ESA) me ayuda mucho y me ha dicho que no me deje pisotear, que soy una mujer y como tal mujer me tengo que hacer respetar. Y eso está bueno. (Jessica, 18 años primaria incompleta.)*

Acceso a los métodos anticonceptivos.

– *Y también, yo qué sé, en esto de trabajar desde una perspectiva de derechos también como entender como las lógicas institucionales. Si uno les habla de “pastillas de emergencia” que acá haya pastillas de emergencia. O sea, contar también con, con no?... lo que uno promueve, que bueno no? después desde las lógicas institucionales y de más para arriba, también respondan a esto que uno está promocionando. (Agente Socio Educativa, ESA policlínica periférica).*

Los servicios de salud deben garantizar a los/as adolescentes el acceso universal, equitativo y con continuidad a los métodos anticonceptivos (MAC) de calidad, incluido el preservativo como doble protección (anticonceptiva y preventiva de ITS), en el marco de un espacio

⁶ Población de varones estudiados con edades entre 15 y 49 años.

confidencial de orientación y escucha. *“El acceso a la anticoncepción es un derecho de las/os adolescentes, factor de desarrollo humano y social. El proceso de orientación sobre los diferentes métodos, su efectividad, su uso correcto, la libre elección informada y la posibilidad de obtenerlos en forma oportuna y continua deberían contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. La orientación y el procedimiento de entrega de métodos anticonceptivos deben estar enmarcados y seguir los lineamientos del MSP”* (Guías para el abordaje Integral de Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención; 2009 Tomo 1- p. 75).

Esto como fuera mencionado previamente es uno de los derechos que los y las adolescentes usuarios de los ESA tienen presente, es uno de los “speech” de rutina que según describen los técnicos es realizado en la consulta.

– *No sé, la protección, por ejemplo, mía. Yo me protejo con pastillas. Me cuido con pastillas y preservativos, con ambas cosas. La doble protección es lo mejor. Yo también, antes de las pastillas, no sabía no conocía y ahora que se que es un derecho, que puedo tenerlas, no tengo que pagarlas, o sea, salud pública me da el beneficio de tenerlas gratuitas es mucho más fácil para mí. Mejor. (Flavia, 16 años ciclo básico finalizado).*

E: – *Después, por ejemplo, con los anticonceptivos. Tienes derecho o no tienes derecho a que te den pastillas o preservativos?*

A: – *Sí, sí.*

E: – *Y eso cómo lo sabes?*

A: – *Porque me lo han dicha en la clínica o mismo la doctora. Ellos mismos te dicen... para cuidarse. (Jessica, 18 años, primaria incompleta).*

Las adolescentes conocen los MAC clásicos como preservativo y pastillas. En menor medida el DIU, los inyectables y la anticoncepción de emergencia. Saben dónde conseguirlos y la mayoría de ellas resuelve su demanda en farmacias y comercios. En general, han utilizado método en su primera relación sexual, así como en la última relación mantenida. Las fuentes de información sobre métodos que refieren las adolescentes ubican al centro educativo en el primer lugar de preferencia, seguido por la familia y el servicio de salud. (MYSU, 2013).

Tener hijos o no tenerlos cuando se desee -Interrupción voluntaria del embarazo

En las entrevistas a adolescentes la posibilidad de decisión sobre tener hijos o no, estuvo sesgada por cuestiones vinculadas a la prevención, solo en tres casos se hizo mención explícita a la posibilidad de interrupción del embarazo como derecho. Todas las alusiones fueron realizadas por mujeres y es de destacar que dos de ellas, se encontraban embarazadas al momento de la entrevista.

A: – Si, es como yo ahora. Tengo dos (2) hijos, pero se viene otro en camino y estoy en duda de seguir adelante. Y como ya mi hija, es todavía una bebé, yo quiero ver qué posibilidades tengo para no tenerlo.

E: - Para interrumpir el embarazo.

A: – Si.

E: – Y eso lo pudiste conversar?

A: – Si, con XXX (refiere a la agente socio educativa). Y la verdad que está bueno.

E: – Claro, capaz que te sentís cómoda como para hablar de algo, que es una decisión como... este...

A: – Personal. (**Jessica, 18 años, primaria incompleta**).

La ley 18.426, de salud sexual y reproductiva aprobada por el parlamento nacional fue parcialmente vetada por el Poder Ejecutivo en los capítulos referidos a la despenalización del aborto voluntario hasta las 12 semanas de gestación y su acceso en los servicios de salud. Este déficit fue subsanado parcialmente con la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, aprobada en noviembre de 2012 y puesta en marcha en enero de 2013. La nueva ley suspende la pena del delito de aborto voluntario que establece el Código Penal siempre y cuando se realice dentro de las 12 semanas de gestación y en las condiciones que establece la ley: ser realizado en el SNIS, previa consulta con médico tratante, equipo interdisciplinario e incluyendo, como obligatorio, 5 días a posteriori de las consultas para que la mujer “reflexione” antes de tomar la decisión definitiva y poder acceder al procedimiento de la interrupción voluntaria del embarazo. (MYSU, 2013).

Esto ha implicado la inclusión formal de estas consultas a los servicios de salud que se realizan a través de equipos interdisciplinarios, pero en algunos casos la primer llegada es al ESA, ya sea porque la usuaria ya tenía a este equipo como referencia o por las vinculaciones con las redes comunitarias que tienen estos equipos.

– Lo mismo con el embarazo, no? En otros momentos, era como daba el test positivo y era felicitaciones, no? Y bueno, poder decir “Cómo te sentís con esta noticia?” Cuando uno abre, el otro también, estás haciendo como una apertura para que el otro te pueda decir: “No, la verdad, yo no estoy ni ahí con este embarazo”. Pero bueno, en estas lógicas que bueno, que uno da por sentado determinadas cosas y ... (**Agente socio educativa, ESA en policlínica comunitaria**).

Libertad en la elección y orientación sexual- Diversidad sexual

E: A qué te suenan?

A: Sexuales a si sos gay y eso.

E: – Podría ser, un derecho sexual podría ser, poder vivir libremente la orientación sexual que se tiene.

A: – Hay gente que no dice si es... su sexo por vergüenza o porque los demás los discriminen. Yo estaría... a mi no me molestaría para nada eso. **(Camila, 16 años, primaria completa).**

– *Qué uno puede ser libre? De, suponele, le puede gustar el sexo que él quiera... y cómo se llama... fa... Y uno puede tener relaciones, cuando quiera y no por obligación.* **(Diego, 16 años ciclo básico finalizado).**

La diversidad sexual forma parte de los discursos de los técnicos, en algunos casos cuando se les preguntó sobre si trabajaban desde una perspectiva de derechos, en otros en relación a la formación y también fue referida como motivo de consulta que, sin ser lo más frecuente, comienza a volverse habitual en la consulta de los ESA. Es pertinente preguntarse si esto puede responder a las capacitaciones recibidas en los últimos tiempos; a los debates legislativos que han culminado con la consagración de derechos como por ejemplo la ley de matrimonio igualitario, etc.

Un hallazgo interesante es que en el discurso de los y las adolescentes la diversidad sexual no tiene connotaciones negativas.

Hay una preocupación de los equipos en incorporar esta mirada y generar situaciones de inclusión en los servicios, algunos ejemplos ya fueron analizados vinculados a otros ítems. Sin embargo una vez más nos encontramos el bajo nivel de impacto (en relación a su cobertura) que tienen los ESA por lo que este tipo de acciones se dan a muy pequeña escala.

– *Bien, a ver... hubo como una situación, de esto hace ya tiempo, pero no acá. En XXX (refiere a un Centro de Salud) en el ESA, de un chiquilín que iba al liceo, al YYY (refiere al liceo) y el chiquilín eh, se travestía y las chiquilinas no quería que entrara al baño de ellas, los varones no querían que entrara al baño de ellos y los profesores no querían que entrara al baño de ellos. Entonces el chiquilín, la discusión era a qué baño entraba el chiquilín. O sea, y fue todo un tema trabajar con el liceo y después vino gente de Ovejas Negras, como a trabajar con el equipo y estuvo bien interesante el trabajo, como uno dice "No, yo no discrimino" y no se cuánto y te hacían determinadas preguntas y te enfrentaban a tus propias, este... no a tus prejuicios, a la hipocresía y a un montón de cosas, y bien interesante. Pero creo que debemos seguir haciendo mucha ruta con respecto a esos temas. Sobre todo con respecto a los trans, por ejemplo. Yo pensaría con el tema de trans, ponele, porque ahí no tenemos muchas... y el chiquilín se terminó yendo del liceo.* **(Agente Socio Educativa ESA policlínica comunitaria).**

LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS DE SALUD Y SU INCIDENCIA EN LA VIDA COTIDIANA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN RELACIÓN A SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Los objetivos específicos de este trabajo apuntan a identificar, describir y analizar las acciones que identifican los adolescentes que son realizadas por los equipos de salud tendientes a promover sus derechos sexuales y reproductivos y, a su vez, sin querer realizar un trabajo evaluatorio de las mismas, poder identificar algunos efectos de estas acciones en la apropiación, el conocimiento y ejercicio de los mismos.

Del análisis de las entrevistas se puede observar una importante sintonía entre quienes siendo usuarios y usuarias fueron entrevistado/as en los servicios y las reflexiones que realizan los equipos de los ESA sobre su trabajo con esta población en relación a lo que son las necesidades e intereses de adolescentes que utilizan estos espacios. Se destacan aspectos como la confidencialidad, la confianza, el trato respetuoso, la importancia que tiene poder preguntar o dialogar libremente sobre dudas o cuestiones que tienen que ver con su cuerpo y con sus sentimientos. Los ESA son identificados con el acceso a la información de calidad y como lugar seguro para despejar dudas, sin embargo, para pocos era este el lugar privilegiado o el lugar que podían identificar como más importante en relación a la información que manejan sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva.

Algunas adolescentes manejaron aspectos vinculados a la “vergüenza” como un obstáculo con el que se pueden encontrar en los servicios a la hora del abordaje de estos temas, en el caso que el profesional con el que se encontrasen sea un varón. Sin embargo, los varones reconocen en “las doctoras” interlocutoras hábiles y confiables para su abordaje, aspectos que seguramente tengan que ver con el rol de las “madres” que son quienes son más nombradas como referentes de información en estos temas.

E: – Y cuál pensás vos que es el espacio más apropiado para hablar sobre estos temas y con quiénes?.

A: – Con una de las doctoras, en una de las salas de acá, así solo. Sin que haya...Que este solo la doctora y yo, así que no haya nadie. (Diego, 16 años, ciclo básico finalizado)

Como fuera descripto anteriormente y coincidente con otras investigaciones locales con otras metodologías y alcances (MYSU 2013), los y las adolescentes tienen un conocimiento vago sobre sus derechos en particular DDSSYRR aunque una apropiación en la vida cotidiana que aparenta ser bastante mayor.

Descripción de acciones del equipo de salud, rol de los servicios.

A la hora de las respuestas vinculadas a la identificación de acciones de los equipos de salud tendientes a promover derechos sexuales y reproductivos los contenidos son bastante escuetos y los resultados poco alentadores en relación con lo esperado a priori. De todas maneras es posible establecer una clasificación esquemática en relación a las acciones que fueran identificadas por las y los usuarios y cotejarlas con las que fueron descritas por las integrantes de los equipos.

Los equipos diferencian claramente dos tipos de acciones que realizan para promover derechos sexuales y reproductivos, la promoción de salud y acciones desarrolladas en la consulta individual que buscan promover auto- cuidado y cuidado de otros, así como el acceso a información de calidad. Esto es bastante recurrente ya que como fue mencionado anteriormente uno de los principales motivos de consulta a los ESA es por métodos anticonceptivos. Para este segundo tipo de acciones la entrevista es la herramienta fundamental, acompañada de otras como son la ficha SIA y el carné del y la adolescente.

-... a veces empiezo por el tema de higiene, capaz que a veces, por cosas cositas más frecuentes, ponele. Para sacarles tema en alguna cosa, porque a veces es muy difícil, no es tan fácil empezar específicamente con la sexualidad. Preguntarles directamente algo de sexualidad a un adolescente, menos si está acompañado. Entonces entrar por otros temas y después las situaciones se van dando, en general, como que, yo qué sé, como que uno va viendo cómo se van a dar la entrevista, de cómo te vas a agarrar. Hay algunos que específicamente te van a venir a preguntar tienen un punto y vino solo por anticoncepción. Y capaz que ahí es más fácil, porque si ya vino por eso ahí ya me da (...) para plantear otras determinadas cosas, de cuándo va a tener relaciones? Cómo se cuida? Porque vino específicamente a preguntar por eso. Pero cuando viene así, a veces dependiendo de... pero tratar de tocar determinados... todos los puntos de lo que son todo, derechos. Si conoce sus derechos o no, más o menos ver qué conocimientos tiene de derechos. Si tenerlo como muy teórico pero tratas de evaluar más o menos hasta dónde ellos saben que tienen determinados derechos o no. (Ginecóloga, ESA en centro de salud).

Según los/as adolescentes entrevistados/as se identifican algunas acciones concretas, destacando en particular el abordaje con preguntas sobre iniciación en relaciones sexuales, conocimiento y acceso a los métodos anticonceptivos, promoción del uso del preservativo.

E: - Y vos pensas que las técnicas han intentado hablar contigo sobre tus DDSSRR?

A: – Intentando, así a la fuerza como que no. Pero te aconsejan. Yo qué sé.

E: – Intentado como que han puesto el tema ellas?

A: – Ahhh sí, han puesto, varias veces. Como adolescentes siempre te dicen, te quieren sacar el tema para ver en qué andas, vos, más o menos, y si tenes la cabeza bien como para hacer las cosas bien. Eso...Y, la doctora te pregunta... sin querer sacar el tema te pregunta si vos tuviste alguna

relación sexual, si vos querés. preservativos, todas esas cosas. Si tenes pareja, de repente te preguntan, todo eso. (Guillermo, 15 años, ciclo básico finalizado).

– Sí, siempre te están aconsejando e informando sobre eso. Siempre, por más que ya te lo hayan... Yo he venido varias veces, ponele a controlarme, nomás, a un control para el carné y siempre me repiten lo mismo y me lo vuelven a repetir. Por más que lo tenga regrabado... “vos sabes que tenes que usar el preservativo porque las pastillas no solamente... mirá que las pastillas no cuidan de las infecciones y de las enfermedades de transmisión sexual”... eso por ejemplo es lo principal de todo. (Virginia, 18 años, bachillerato finalizado).

– ...Me mandaron al ginecólogo para todo lo sexual, ellos te explicaban. Y después los jueves, habían clases de sexualidad, por eso te explicaban todo como usar un preservativo, cómo te cuidas por las relaciones, las enfermedades que habían, todas esas cosas. (Federica, 17 años, primaria completa).

Un aspecto destacable tiene que ver con el reconocimiento del espacio de la consulta como flexible y abierto también a las inquietudes que ellos/as puedan llevar. Esto también ubica a varios adolescentes del estudio en un lugar de empoderamiento, que les permite efectivamente ejercer sus derechos como usuarios del sistema de salud, algo que también forma parte de los objetivos de trabajo propuestos por el Programa Nacional de salud adolescente (2007).

– No, no porque cuando te explican, te explican todo bárbaro. Y ta, lo tenes que entender y si no lo entendés, le preguntas de nuevo lo que es y te lo van a explicar de nuevo. Ellos no tienen ningún problema... para explicarlo porque en parte también es su trabajo informar, y si no entendiste, informar de nuevo. (Emilio, 17 años, primaria completa).

– Si, me hablaron, si yo estaba dispuesta a llevar un embarazo... si yo ya sabía que estaba el aborto, y ta eso, cuando yo ya me enteré que estaba embarazada, que les traje el test, me dijeron que si yo estaba dispuesta. Si tenía un familiar que me apoye, si mi pareja estaba conmigo, si tenía una pareja estable y ta y eso. (Camila, 16 años, primaria completa).

También los equipos identificaron algunas debilidades en sus acciones tendientes a promover DDSSYRR, particularmente centradas en la promoción de derechos sexuales. El abordaje de aspectos vinculados a la sexualidad de quienes consultan y a la dimensión placentera de las relaciones sexuales son algunos de los puntos más destacados como débiles

– No hay que trabajar más todo lo que es la identidad, todo lo que es los roles, todo eso que yo creo igual que estamos mejor porque antes no se nos ocurría que venía una gurisa y que nos dijera o que un gurí viniera, como pasa ahora, que ta, el tema de trabajar la sexualidad o la homosexualidad. Y ahora no es como antes que uno decía “pa, vino lo trajo la madre porque lo noto...” No, ahora es

como una consulta que se está viendo más sana, porque es como que vienen y en realidad a asesorarse y eso, este... no digo que sea lo más frecuente pero que se ve y que está, que está bueno. (Médica de familia, ESA en policlínica comunitaria).

La tensión entre la postura técnica y moral en relación al abordaje de estos temas se hace carne en las acciones de los y las profesionales en prácticas como la “consejería en salud sexual y reproductiva”, allí se ponen en juego aspectos vinculados al control social, representado en hábitos o conductas sexuales que son identificadas y transmitidas como “conductas de riesgo”. Esto se evidencia también en el énfasis en la mirada sobre los “peligros” en lo que refiere al ejercicio de la sexualidad.

Efectos de estas acciones

No fue posible identificar y describir cambios en comportamientos de los/as adolescentes a partir de las acciones que realizan los ESA más allá de algunas referencias relacionadas con la indicación de métodos anticonceptivos y la incorporación de estos a sus vidas, asunto por cierto no menor en términos de garantizar el acceso a un derecho y en relación a sus posibles consecuencias (como por ejemplo un embarazo no planificado o que llega a edades tempranas).

Para las y los adolescentes la percepción en relación a la incidencia de las acciones de los equipos en relación a su vida cotidiana no resulta ser muy significativa. Sin embargo es posible pensar que sí muchas de estas acciones tengan impactos a pesar de que no sean percibidos por ellos y ellas de forma directa

En dos casos se respondió afirmativamente a la pregunta de si identificaban algún cambio en sus conductas o acciones vinculadas a salud sexual y reproductiva a partir de algo que hubiera sido trabajado con el equipo de salud.

– Sí, de... de hablar con tu pareja, eso sí. Que yo hablo mucho con mi pareja del tema del cuidado que tenemos que tener los dos, por las enfermedades y por las dudas que quede embarazada también. Que eso sí, siempre lo hablo y siempre voy a hablar. Y no, y que hay que cuidarse, lo más que se pueda. (Emilio, 17 años, primaria completa).

– Y yo, por ejemplo, antes cuando tenía relaciones no me cuidaba. Desde un principio me dijeron “pero cuidate mira que...” todo me explicaron. Y yo como primeras veces, tipo, quería probar, digamos... y después cuando me explicaron bien de las enfermedades... y dije ta perfecto no lo hago más, me cuido siempre. Y fue lo que dije, “me cuido siempre” y hasta el día de hoy lo hago. Como que no sabía cuidarme, sabía pero no sabía que al no hacer eso, podía llegar a pasar tantas cosas como una enfermedad, un embarazo, lo que sea. Después de que me saqué esa duda y me dijeron

“mirá tenes que usarlo siempre, por tal y tal cosa”, perfecto lo uso siempre. Y eso fue una cosa que siempre, no lo hacía y lo empecé a hacer. Igual que cuando empezó las clases con mi novio, yo en ese sentido sexual no sabía nada. O sea, yo me arreglé con mi novio a los catorce (14) años, ahora tengo dieciséis (16). Por más que haya madurado durante estos dos (2) años, era una niña, era más chica. En ese aspecto, me re orientaron, un montón. Ahora estoy tomando pastillas. Yo ni sabía que existían las pastillas, o sea, me re orientaron. Esos dos, esos dos problemas fue lo que más sentí, el apoyo de ellas. (Flavia, 16 años, ciclo básico finalizado).

Interés de los y las adolescentes en la temática derechos sexuales y reproductivos – sexualidad

Solo en el discurso de una de las adolescentes se puede observar la percepción de que estos temas no son de interés para los adolescentes lo cual es asociado a que se lo toman “para la joda”, idea esta que sí aparece en varios de los discursos, sin que eso contradiga que es una temática de interés. Las burlas, risas etc., están asociadas para la mayoría a dificultades en la forma en que se trabaja con ellos sobre estos temas o a los lugares en los que se los lleva adelante. De todas formas la respuesta que predomina es que “a algunos les interesa y a otros no” ubicándose siempre los o las entrevistadas en el grupo de a los que sí les interesa.

Nuevamente las características evolutivas se hacen presentes y cierta omnipotencia y narcisismo parece asomarse en los discursos. La mayoría plantean que ya conocen la información necesaria y que sería bueno “que otros” se acercaran a los servicios a informarse, o participaran con más compromiso en los talleres en los liceos, o conversaran con sus familias sobre estos temas. Esto sucede con las preguntas de este tipo, que parecen estar más alejadas de las prácticas cotidianas de cada uno y ser respuestas desde un deber ser, o “deber decir”, esperado por la entrevistadora.

E: – Vos pensas que les interesan estos temas a los adolescentes y a los jóvenes?

A: – Algunos sí y a otros no. Viste que ahora les gusta más el baile y esas cosas así, no le hables mucho de estas cosas porque... (Federica, 17 años, primaria completa).

. – Así como usted está haciendo ahora, que te digan, que venga la psicóloga y que te cuente. Porque sí no, no te dan bola. (Roberto, 17 años, primaria completa).

– Tendrían que ... cómo te puedo explicar, tendrían que interesarles me parece a mí porque... porque es mejor para su información, están más informados y pueden, como se llama, pueden evitar las enfermedades y eso. (Diego, 16 años, ciclo básico finalizado).

– Pa' ... no tengo ni idea. Para mí sí, para mí si te ayuda abundante para hablar de esto. De que te aconsejen y vos sacarte las dudas que tenes, te ayuda bastante, bastante. **(Guillermo, 15 años, ciclo básico finalizado).**

E: – Algo más **Jessica**, que te parezca importante decir, o que te parezca que me pueda ayudar a mí a hacer mejor las preguntas o para buscar la información de otra manera?

A: – No. No que está bueno que sigas así. Y bueno donde puedas llegar más, mejor. Exponerlo más que se publique más, mejor porque está interesante que la gente se entere de las cosas. Que después no digan que no, porque no me dijeron porque no me contaron, porque no había. **(Jessica, 18 años, primaria incompleta).**

8. Conclusiones

Los resultados obtenidos a través del análisis de las entrevistas permiten establecer algunas conclusiones que coinciden con lo descrito en estudios similares en relación a la escasa apropiación y conocimiento que tienen los y las adolescentes sobre sus derechos sexuales y reproductivos así como el lugar poco jerarquizado que ocupan los servicios de salud en términos de sus capacidades para dar respuesta a las demandas y necesidades de esta población en lo que refiere a sus derechos y salud sexual y reproductiva.

El objetivo general planteado fue analizar las percepciones y opiniones que tienen los y las adolescentes usuaria/os de ASSE, acerca de las acciones que se desarrollan en los Espacios de Salud Adolescente para la promoción de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. En ese sentido es posible señalar que a la hora de las respuestas vinculadas a la identificación de acciones de los equipos de salud tendientes a promover derechos sexuales y reproductivos, los discursos de los y las adolescentes son escuetos y basados en ideas generales. Los y las adolescentes asocian las acciones de los equipos con la promoción del cuidado y la prevención de riesgos asociados a sus conductas sexuales. A su vez, los/as adolescentes destacan y valoran el espacio de apertura y la forma en cómo son abordados estos temas con y desde los equipos. La promoción del uso del preservativo y de la utilización de métodos anticonceptivos son las principales acciones identificadas, cuestión que no llama la atención al tratarse de dispositivos que están insertos en servicios de salud, por lo que esta tarea es específica y hace a lo conferido a su rol tradicional. Parecería que el registro discursivo principal que estructura las acciones de salud está relacionado con una visión normativa de la sexualidad, basada en el enfoque de prevención de riesgos.

Los aspectos vinculados a la dimensión placentera de la sexualidad no son los más evocados por los y las adolescentes confirmando la tendencia de una concepción de sexualidad más relacionada con lo reproductivo que con su dimensión constitutiva de lo subjetivo.

Son identificadas algunas acciones más vinculadas al abordaje de su afectividad o relacionamiento interpersonal, destacando en particular el abordaje sobre iniciación en relaciones sexuales, aquí sí aparecen indicios sobre un intento desde los equipos de los ESA de trabajar dimensiones vinculadas al placer y al derecho al disfrute de una sexualidad plena.

Un aspecto destacable tiene que ver con la valoración que hacen los y las adolescentes del vínculo que se construye en la consulta, es caracterizado como flexible y abierto también a las inquietudes que ellos/as puedan tener. De esta forma se puede afirmar que los

usuarios/as encuentran en los ESA un lugar apropiado para conversar sobre su salud sexual y reproductiva aunque no necesariamente es el único espacio para hacerlo. La confianza a partir de la explicitación y ejercicio de la confidencialidad se torna preponderante para que esto realmente se efectivice.

La promoción de autonomía y de empoderamiento juegan un rol muy importante para permitir el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. Es en este sentido que son valoradas por los y las adolescentes, acciones vinculadas a brindar información de calidad para poder tomar decisiones en relación a estas áreas de la vida. Sin embargo, para el ejercicio de derechos también es necesario que se den las condiciones materiales y simbólicas, y esto en la vida cotidiana de los y las adolescentes no solo está vinculado a las acciones de los equipos de salud. Se vuelve aún más trascendente en el perfil de población estudiada ya que en su mayoría se trata de adolescentes en condiciones sociales poco favorecidas. Esto último tiene fuerte vinculación con los niveles educativos y la continuidad educativa, se observó que aquellos/as que mantenían un vínculo con el sistema educativo (estaban escolarizados) contaban con más información y herramientas a la hora de la reflexión sobre su situación, conocimiento y sobre el abordaje de sus derechos frente a los que no.

Desde los y las adolescentes también parece haber una búsqueda de consejo y orientación que ubica a los y las profesionales en un lugar de saber, avalado desde un saber científico y adulto que parece tener más validez que otros saberes que se generan sobre todo en el entorno con sus pares.

Desde los equipos de salud se observó un interés enfático en desarrollar su trabajo desde una perspectiva de derechos, así como auto-cuestionamientos respecto a sus capacidades de hacerlo desde este abordaje. Aspectos vinculados a carencias en la formación profesional fueron destacados como obstáculos principales para el trabajo acorde a las necesidades que presenta la población adolescente. Sin embargo se observan tensiones entre un enfoque de derechos y un enfoque biomédico de prevención del riesgo asociado a una concepción de la sexualidad hetero normativa y medicalizada. La incorporación de un enfoque de derechos no solamente se resuelve con capacitación y formación, también deben organizarse los servicios desde ese enfoque lo cual supone una reingeniería de las prestaciones en salud. En palabras de López, *“Una política pública puede reconocer los derechos sexuales y los reproductivos, pero si esta no se traduce en modos de gestión y de organización de los servicios de salud y si los derechos no son incorporados, promovidos y protegidos desde las prácticas que sostienen los profesionales, no se habrán generado las condiciones para su garantía efectiva”* (López, 2013: p. 5)

Aquí surgen algunas preguntas que es pertinente plantearnos y que en algunos casos fueron puestas sobre la mesa por parte de algunas integrantes de los equipos en relación por ejemplo, a las reales condiciones de accesibilidad, o las formas que se dan de organización de cada servicio que van más allá de las perspectivas que trabajen los equipos o de las recomendaciones que a nivel programático se establezcan para el funcionamiento de los ESA. La utilización de agendas en la recepción o las condiciones en las que se da la circulación de los y las adolescentes en los servicios de salud son ejemplos de esto.

Si bien es un único programa el que rige la implementación de los Espacios de Salud Adolescente en el primer nivel en la RAP- ASSE, el mismo admite ajustes según las particularidades de cada lugar de implementación. Este aspecto que puede considerarse como negativo en base a varias de las debilidades que fuimos analizando, sobre todo desde la perspectiva de dificultades de homogeneidad en el perfil y calidad de los servicios, y que a su vez no permite definir un claro perfil de cómo y qué es lo que se hace en los ESA, también puede ser sumamente valioso tomando en cuenta la importancia de la territorialización de las políticas públicas.

Las actuales características de la implementación y organización de los ESA generan que su alcance se limite a un grupo muy pequeño del universo de adolescentes usuarios/as de ASSE. Lo cual repercute en que haya en el sistema público una polarización en lo que hace a la atención en salud de adolescentes respondiendo a modelos de trabajo diferentes, a pesar de que se esté trabajando en capacitar a todos los otros/as profesionales que realizan atención a adolescentes pero no trabajan desde los ESA.

Los equipos realizan intervenciones en las consultas individuales y en las acciones de promoción de salud que fueron descritas, donde se destaca el trabajo en redes con las instituciones educativas y organizaciones a nivel comunitario, buscando instrumentalizar a los y las adolescentes para participar. Ejercer el derecho a la participación implica tomar parte, que requiere tener parte, poseer cierto estatuto de existencia en lo social con la consiguiente posibilidad de incidencia. Esto ya parece un poco más lejano, y si bien está presente en el discurso de muchas de las profesionales que trabajan hace años en los espacios, los discursos de los y las adolescentes usuarios/as de los servicios no se manifiestan en la misma línea salvo algunas excepciones. En ese sentido contar con un espacio grupal dentro del propio espacio adolescente, como es el caso de uno de los ESA incluidos, podría ser un factor que facilite estos aspectos, favoreciendo así una verdadera apropiación de los y las adolescentes tanto del servicio como de su lugar en el rol de promotores o multiplicadores de información. Su participación en la definición y diagnóstico

de sus necesidades es particularmente pertinente para conocer los valores, percepciones, actitudes y comportamientos de esta población.

No fue posible acceder a adolescentes usuarios que estuvieran en una situación franca de vulneración, esto parece explicarse por el planteo que hace Elsa Gómez (2002) de que “los jóvenes con mayores necesidades de atención suelen pertenecer a grupos con marcadas desventajas o francamente marginados: analfabetos, migrantes, sin hogar, desempleados, factores que se convierten en verdaderas barreras para el acceso a los servicios no sólo de salud, sino también de educación, trabajo y recreación.” Esto es un desafío presentado para el trabajo de los ESA, pensándolos como un engranaje más, en el sistema de protección social.

En relación al conocimiento y noción de DDSSYRR, al igual que sucedió con la concepción de los derechos humanos, fue muy dificultoso para los y las adolescentes acercarse a una definición así como poder identificarlos espontáneamente, asociándolos de forma vaga con relaciones sexuales, sexualidad, el auto-cuidado y el cuidado de los otros. Sin embargo, sí tenían cierto nivel de apropiación de los mismos a través de identificar sus derechos a poder elegir cuándo y con quién tener relaciones sexuales, no ser violentado/a por la pareja así como el derecho al acceso a métodos anticonceptivos y poder elegir si tener o no tener hijos. Un hallazgo interesante es que en el discurso de los y las adolescentes entrevistados, la diversidad sexual no tiene connotaciones negativas, apareciendo la identificación de la libertad en la elección y orientación sexual y el consecuente respeto que se debe tener a este derecho.

Finalmente es importante destacar que este estudio simplemente permite acercarnos un poco más a las percepciones de adolescentes y equipos de ESA, en relación a las dimensiones, derechos, sexualidad y salud sexual y reproductiva. Quedan pendientes otros niveles de indagación y análisis que permitan profundizar en algunas de las cuestiones que fueron expuestas, para de esta forma continuar aportando al campo académico, brindando elementos que orienten las acciones de las políticas dirigidas a la población adolescente y joven.

Referencias Bibliográficas

- Abracinskas, L. y López, A. (2002). *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena de acción política. Seminario sobre ONGs. Gobernancia y desarrollo en América Latina y el Caribe. Montevideo: Programa MOST-UNESCO.*
- Amuchástegui, A. y Rivas, M. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales. Notas para la discusión. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 57, 543-597.
- Baleato, P. (2008). *Percepciones Adolescentes 2003-2008. Sistematización de producciones escritas que relevaron opinión de adolescentes uruguayos y uruguayas entre los años 2003 y 2008.* Montevideo: Documentos ENIA 2010-2030.
- Barba, C. (2003). *Los enfoques latinoamericanos sobre la política social: más allá del consenso de Washington. Revista Espiral, Estudios de Estado y Sociedad*, 11(31), 85-130.
- Barrios, A., Canetti, A., Cortázar, M., López Gómez, A. y Rey, G. (2011). *Salud Sexual y reproductiva en Adolescentes y Participación Comunitaria Juvenil.* Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Medicina, Facultad de Psicología, Comisión Sectorial de Educación Permanente.
- Benedet, L. y Ramos, V. (2009). *Mujeres y varones adolescentes en situación de embarazo en los servicios de salud.* Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Psicología.
- Benedet L. y Ramos, V (2005). Caminos recorridos vacíos y desafíos. En A. López (Coord.), L. Benedet, E. Carril, L. Celiberti, C. Guida, V. Ramos,... A. Vitale. *Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio Retrospectivo (1995-2004)* (pp. 41-102) Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Psicología.
- Bourdieu, P. (1985). *Qué Significa Hablar. Economía de los Intercambios Lingüísticos.* Madrid: Akal.
- Correa, S. y Petchesky R. (1994). *Reproductive and Sexual Rights: A feminist Perspective, Population Policies Reconsidered.* En G. Sen, A. Germain y L. Chen (Eds.), *Health, Empowerment, and Rights.* Nueva York: Harvard Center for Population and Development Studies and International Women's Health Coalition.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1998). *Redes en salud.* En: <http://www.baemprende.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>

- De Barbieri, T. (1992). Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica", en Fin de Siglo. Género y Cambio Civilizatorio. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres, 17, ISIS
- D'Avila, O. (2004). Adolescencia y Juventud de las nociones a los abordajes. Última Década, 12(21), 83-104.
- Duarte, K. (2000). ¿Juventud o Juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes en nuestro continente. Última década, 13, 59-77.
- Espiing-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías posindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Ferullo de Parajón, A. G. (2006). Poder y participación: una unión inseparable. En A. Ferullo de Parajón (Ed.), *El triángulo de las tres P. Psicología, participación y poder*. Buenos Aires: Paidós.
- Filardo, V. (Coord.) (2010). *Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social. Infamilia.
- Filgueira, F. (2007). *Ciudadanía y Políticas Sociales Latinoamericanas*. San José de Costa Rica: Flacso.
- Fleury, S. y Molina, C. (2002): Modelos de Protección Social. INDES. Washington D.C.
- Gogna, M. (Coord.) (2011). *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Bs. As., México DF y San Pablo*. Buenos Aires: CEDES.
- Gonzalez, I. Aguirre, L. y Tapia, J. (2005). Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*.
- Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 454-461. Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500024](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500024&lng=en&tlng=es).
- Grumbaum, S. (Coord.) (2012). *Adolescentes un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente*. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud, Junta Nacional de Drogas, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social.
- Jimenez, M., Aliaga, L. y Rodríguez, J. (2011). *Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva*. (Serie Población y Desarrollo No 97). Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL.

- Katzman, R. (1999). *Activos y estructuras de oportunidades: estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*. Montevideo: CEPAL-PNUD.
- Krauskopf, D. (2000). *Participación social y desarrollo en la adolescencia*". San José de Costa Rica: UNPFA/FNUAP.
- López, A. (2013). *Conferencia inaugural actividades académicas 2013. Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos*. Montevideo: Facultad de Psicología. Universidad de la República.
- López, A. (Coord.) (2006). *Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya*. Montevideo: Trilce.
- López, A., Benia, W., Contera, M. y Guida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo: Rosgal.
- López, A. (Coord.)(2005). *Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. (un estudio retrospectivo 1995-2004)*. Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Psicología.
- Loureau, R (1994). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Luengo, M. X., Millán, T., Zepeda, A. J. y Tijero, M. (2012). Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena de Pediatría*.
- Max Neef, M. (1993). *Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Montevideo: Nordan Comunidad.
- Midaglia, C. y Antía, F. (2007). La izquierda en el gobierno: ¿cambio social o continuidad en las políticas de bienestar social?. *Revista Uruguaya de Ciencia Política* 16.
- Midaglia C., Castillo M. (2011). El Significado Político del Ministerio de los Ministerios Sociales en Argentina, Chile y Uruguay. *Revista Chilena de Administración Pública*.
- Miller A. (2002) *Las demandas por derechos sexuales. III Seminario Regional Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos*. Colección Derechos Humanos, Población y Desarrollo. Lima: Ed. Cladem.
- Montero, M. (2003). El fortalecimiento en la comunidad. En M. Montero (Ed.), *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

- Montero, M. (2005). El paradigma de la Psicología Comunitaria y su fundamentación ética y relacional. En M. Montero (Ed.), *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Mota, V. Tello, G. y Rivas, L. (2010). Asistencia de adolescentes mexicanos a servicios de consejería sobre sexualidad y reproducción. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1).
- Mujer y Salud Uruguay (2013a). Observatorio Nacional en género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas*. Montevideo.
- Mujer y Salud Uruguay (2013b). Observatorio Nacional en género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. *Varones uruguayos y su salud sexual y reproductiva: vida sexual, acceso a información y servicios de salud*. Montevideo.
- Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)*. Nueva York.
- Naciones Unidas (1994). *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD)*. El Cairo.
- Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *The Health of Young People; a challenge and a promise*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *IMAN Servicios: Normas de atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *La salud sexual y Reproductiva de los adolescentes y los jóvenes: oportunidades, enfoques y opiniones*. Washington, D.C.: OPS.
- Pacheco, C. Rincón, L. Guevara, E. Latorre, C. Enriquez y C. Nieto, J. (2007) *Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá*. México: Salud Pública.
- Pantelides, E. (2004). *Aspectos sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescentes en América Latina*. En: *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*. Serie: Seminarios y Conferencias. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pérez Manrique, R. (2008). *Conferencia Derecho a la Confidencialidad. Marco Legal*. Montevideo: Asociación Internacional MERCOSUR de Jueces.
- Ramos, V. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes en Montevideo* (Tesis de Maestría). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Argentina. Buenos Aires.

Recuperado de
http://flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/4969/5/Derechos_sexuales_y_reproductivos_Ramos_Brum.pdf

Rodriguez, J. (2005). *Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política*. En Revista de la CEPAL 86. Santiago de Chile.

Rossel, C (2009). *Adolescencia y Juventud en Uruguay: elementos para un diagnóstico integrado. Viejas deudas, nuevos riesgos y oportunidades futuras*. Montevideo.

Serna, M., Arocena, F., Falero, A. y Margel, G. (Eds.) (2009). Juventud como objeto, jóvenes como sujetos [edición especial]. *Revista de Ciencias Sociales*, 22(25).

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Buenos Aires:

UNICEF (2007). *The state of the world's children 2008*. New York: UNICEF.

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de la Juventud (2014) *Plan de Acción de Juventudes 2015-2025*. Montevideo: MIDES.

Uruguay. Instituto Nacional de Estadística (2013). *Censos 2011*. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de la Juventud (2011). *Plan Nacional de Juventudes 2011-2015*. Montevideo: MIDES.

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de la Juventud (2010). *Contexto. Juventudes en Uruguay. En qué andamos y cómo somos*. Montevideo. MIDES.

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Infamilia (2007). *La salud de los adolescentes y jóvenes uruguayos*. Montevideo: Infamilia.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2011). *Estadísticas Vitales*. Montevideo. MSP.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2009). *Miradas diversas sobre jóvenes, sexualidad y VIH/Sida: pistas para la acción*. Montevideo: MSP, Programa Prioritario ITS SIDA, Programa Nacional de Salud Adolescente, UNFPA, GTZ, ONUSIDA, Equipos Mori, aire.uy, Iniciativa Latinoamericana y Centro Internacional de Cooperación Técnica en VIH y Sida.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud Adolescente (2009), *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención* (Vol. 1). Montevideo: MSP.

- Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud Adolescente*. Montevideo: MSP.
- Vasilachis, I. (Coord.)(2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.
- Varela, C. (2007). *Fecundidad. Propuestas para la formulación de políticas en Importante pero Urgente. Políticas de población en Uruguay*. Montevideo: Rumbos – UNFPA
- Varela, C. (Coord.) (2008). *Demografía de una sociedad en transición: La población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Montevideo: Trilce, UNPFA, Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales.
- Varela, C., Pollero, R. & Fostik, A. (2008). *La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo*. En Varela Petito, Carmen (Coordinadora): *Demografía de una sociedad en transición: la Población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Montevideo: Trilce.
- Weller, S. (2000). *Salud Reproductiva de los/las adolescentes. Argentina 1990-1998*. En M. C. Oliveira (Org.), *Cultura Adolescência Saúde: Argentina, Brasil e México*. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP (pp. 1-55). Campinas: Nuevos Documentos CEDES

10. Anexos

Pauta de entrevista con adolescentes

Presentación de la investigación y de la entrevistadora. Datos socio demográficos (llenado de ficha mientras va surgiendo la información)

- Nombre
- Sexo
- Edad
- Nivel educativo actual
- ¿Dónde vive?
- ¿Con quién/es vive?
- ¿Tiene pareja?
- ¿Tiene hijos/as?
- ¿Trabaja?
-

Sobre el servicio de salud:

- 1- Tiempo y frecuencia de atención en el mismo
- 2- Qué servicios utiliza y qué lo motiva a ello?
- 3- Con qué técnicos a tenido contacto?
- 4-¿Qué cosas le gustan y cuáles no del servicio?
- 5- ¿Siente que es respetado, escuchado y recibido adecuadamente? (ejemplos vinculados a sus afirmaciones).

Sobre los Derechos

1. ¿Qué son los DDHH y cuáles conoce? (si contesta que no sabe nada intentar trabajar sobre la noción de derecho que tenga y luego informar).
2. ¿Qué conocimientos tiene sobre DDSSYRR?
3. ¿Qué entiende por sexualidad? ¿qué significa? ¿qué es? ¿con qué lo asocia?
4. ¿Con quienes habla sobre estos temas?
5. ¿Dónde ha obtenido información sobre sexualidad? ¿sobre derechos?
6. ¿Qué cosas le gustaría conocer o aprender más vinculado a DDSSYRR y sexualidad?
7. ¿Cuál le parece es el espacio más apropiado para conversar de esto y con quiénes?
8. ¿Piensa que la información es un Derecho? ¿por qué?
9. ¿Qué cosas de las trabajadas en la policlínica vincula con estas cosas? ¿le ha servido para algo esa información?
10. ¿Se has sentido cómodo-a como para preguntar?
11. ¿Pensás que los técnicos han intentado hablar contigo sobre tus derechos sexuales y reproductivos?, ¿de qué forma? (ejemplos).
12. Podrías identificar algo que te hayas quedado pensando de las cosas que trabajaron acá?
13. Conversaste con alguien a partir de algo que te haya llamado la atención? Con quién-es?.
14. ¿Hay alguna cosa que hacías y dejaste de hacer o que no hacías y empezaste a hacer a partir de algo que hayas escuchado en el espacio?
15. ¿Cuál pensás que sería la mejor forma de que se promovieran los DDSSYRR de los y las jóvenes y adolescentes?
16. ¿Crees que a los y las adolescentes y jóvenes les interesan estos temas?

Para finalizar, ¿querrías decir algo más?

Pauta entrevista a técnicos

A- Datos personales.

- 1- Nombre
- 2- Profesión
- 3- Rol que desempeña en el Equipo
- 4- Centro de Salud/ Espacio Adolescente
- 5- Tiempo de trabajo en este lugar.

B- Sobre el servicio y sus usuari@s

- 1- ¿Cuánto hace que funciona este Espacio Adolescente?
- 2- ¿Cuál es la forma de acceso a él?
- 3- ¿Quiénes son sus usuarios habituales? (buscando diversos perfiles)
- 4- ¿Cuáles son los principales motivos de consulta?
- 5- ¿Cómo llegan los y las adolescentes y jóvenes aquí? ¿Vienen [sol@s](#) o acompañados?
- 6- ¿Qué servicios se brindan en relación a la atención y a la promoción y prevención?
- 7- ¿Trabajan en coordinación con otras organizaciones-instituciones? ¿Cuáles?

C- Sobre Derechos y Derechos Sexuales y Reproductivos.

- 1- ¿Considera que trabajan desde una perspectiva de derechos? ¿por qué?
- 2- ¿Se realizan acciones para promover derechos sexuales y reproductivos?, ¿Cuáles?, ¿Cómo y quienes las llevan adelante?, Ejemplos.
- 3- ¿Los y las adolescentes y jóvenes consultan por cuestiones vinculadas a sus DDSSYRR? ¿Por qué cree que es así?
- 4- ¿De qué forma la dimensión sexualidad es incluida en las acciones profesionales de su equipo?
- 5- ¿Qué derechos sexuales son trabajados en la consulta y cuáles le parece que debieran trabajarse más?

¿Algo más que le parezca importante agregar?

Ficha Socio-Demográfica (Adolescentes)

A. Datos Personales

1	Nombre					Apellido				
2	Sexo	Mujer	<input type="checkbox"/>	Varón	<input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	__	__	__	

B. Trayectoria Residencial

3	¿Cuál es tu dirección actual? (escribe la calle en que vives y las esquinas más próximas)									
Calle										
Entre										y
Nº de puerta						Apto.				
Barrio										
4	¿Dónde naciste?									
Departamento – Ciudad - Barrio										
5	¿Dónde vivías hace...?									
1 año					5 años					10 años

C. Trayectoria Educativa

6	¿Estudiaste el año pasado?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
7	¿Qué fue lo último que hiciste?									
8	¿Repetiste algún año en la escuela, liceo o UTU?									
SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos en la Escuela?				¿Cuántos en Liceo o UTU?				
NO	<input type="checkbox"/>									
9	¿Dejaste algún año de asistir a la escuela?									
SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos?								
NO	<input type="checkbox"/>									
10	¿Dejaste algún año de asistir al Liceo o UTU?									
SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos?								
NO	<input type="checkbox"/>	NUNCA FUI	<input type="checkbox"/>							

D. Trabajo e Hijos			
11	Actualmente ¿tienes algún trabajo por el que recibas pago?		
	No trabajo		<input type="checkbox"/>
	Trabajo en forma permanente (todo el año)		<input type="checkbox"/>
	Trabajo en forma temporal (zafra o temporada)		<input type="checkbox"/>
SI ESTAS TRABAJANDO ACTUALMENTE CONTESTA ESTA PREGUNTA			
12	¿Cuántas horas trabajas en una semana común?		
	(suma las horas para toda la semana)	_____	horas/semana
13	¿Has trabajado alguna vez en una ocupación por la que recibieras un pago?		
	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	→ ¿A qué edad comenzaste a trabajar? A los _____ años.
14	¿Has tenido hijos?		
	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	→ ¿A qué edad tuviste el primero? A los _____ años.

E. Composición del Núcleo Familiar			
15	¿Con quienes vivís? (Marcar lo que corresponda)		
	Pareja		<input type="checkbox"/>
	Hijos propios		<input type="checkbox"/>
	Hijos pareja		<input type="checkbox"/>
	Padre		<input type="checkbox"/>
	Madre		<input type="checkbox"/>
	Pareja de padre o madre		<input type="checkbox"/>
	Hermanos (hermanos de padre y madre o de uno solo de ellos)		<input type="checkbox"/>
	Abuelos/as		<input type="checkbox"/>
	Otros familiares		<input type="checkbox"/>
	Otros no familiares		<input type="checkbox"/>
	Hogar del INAU		<input type="checkbox"/>
16	¿Cuántas personas viven en tu casa, incluyéndote?		



Consentimiento Informado

Entrevista a adolescentes

En el marco de la realización de la Maestría en Psicología Social la Lic. Sabrina Rossi está desarrollando una investigación titulada “Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes en los servicios públicos de salud del primer nivel en Montevideo”.

Esta investigación se propone analizar las percepciones que tienen los y las adolescentes usuaria/os de ASSE, acerca de las acciones que se desarrollan en los “Espacios de Salud Adolescente” para la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos.

Esto se realizará recabando el relato de los participantes vinculado a su experiencia como usuarios de servicios de salud sobre el tratamiento de sus derechos sexuales y reproductivos en los espacios de salud adolescente.

Participarán al menos 15 adolescentes y jóvenes de entre 15 y 19 años, varones y mujeres, usuarios de servicios de salud adolescente de RAP-ASSE, contactados a partir de la invitación a participar del estudio realizada por integrantes de los equipos de salud u otros jóvenes que hayan participado.

Se agradece el interés y tiempo que está dedicando, estimando para la entrevista una duración aproximada de 30 minutos.

Es importante destacar que:

El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio

No se dará ninguna compensación económica por participar.

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

La participación es estrictamente voluntaria.

El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que haya ningún tipo de sanción o represalias.

En caso de cualquier pregunta que desee realizar puede dirigirse a :

Lic. Sabrina Rossi Rodríguez 099211407.

Declaración de consentimiento:

He leído o escuchado la información que me han dado sobre la investigación, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Acepto voluntariamente participar en el estudio y comprendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento que lo desee sin que esto afecte o tenga consecuencias para mí.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

Consentimiento Informado

Entrevista con técnicos y decisores

En el marco de la realización de la Maestría en Psicología Social la Lic. Sabrina Rossi está desarrollando una investigación titulada “Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes en los servicios públicos de salud del primer nivel en Montevideo”.

Esta investigación se propone analizar las percepciones que tienen los y las adolescentes usuaria/os de ASSE, acerca de las acciones que se desarrollan en los “Espacios de Salud Adolescente” para la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos.

Esto se realizará recabando el relato de los participantes vinculado a su experiencia como usuarios de servicios de salud sobre el tratamiento de sus derechos sexuales y reproductivos en los espacios de salud adolescente.

Participarán al menos 15 adolescentes y jóvenes de entre 15 y 19 años, varones y mujeres, usuarios de servicios de salud adolescente de RAP-ASSE, contactados a partir de la invitación a participar del estudio realizada por integrantes de los equipos de salud u otros jóvenes que hayan participado.

Además se realizarán entrevistas a informantes calificados, expertos y decisores en políticas de salud adolescente así como integrantes de equipos técnicos de salud.

Se agradece el interés y tiempo que está dedicando, estimando para la entrevista una duración aproximada de una hora.

Es importante destacar que:

El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio

No se dará ninguna compensación económica por participar.

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

La participación es estrictamente voluntaria.

El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que haya ningún tipo de sanción o represalias.

En caso de cualquier pregunta que desee realizar puede dirigirse a :

Lic. Sabrina Rossi Rodríguez 099211407.

Declaración de consentimiento:

He leído o escuchado la información que me han dado sobre la investigación, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Acepto voluntariamente participar en el estudio y comprendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento que lo desee sin que esto afecte o tenga consecuencias para mí.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

Sistema de códigos

Códigos adolescentes

Lugar de la Policlínica en temas de sexualidad
Uso de los servicios
Valoración de los servicios
Conocimiento de DDHH
Conocimiento de DDSSYRR
Significados sobre sexualidad
Interlocutores en el tema sexualidad
Información como derecho
Percepción de la influencia del servicio de salud en sus vidas
Promoción DDSSYRR
Recepción/ interés en la temática

Códigos técnicos y decisores

Características de los servicios de salud/ Espacios Adolescentes
Accesibilidad
Perfil de la población adolescente usuaria del servicio
Motivos de consulta
Actividades/acciones de promoción/prevenición
Trabajo con redes locales
Concepciones sobre Derechos
Concepciones sobre Sexualidad
Aspectos vinculados a la formación profesional.