

2014

El embarazo adolescente en marco de la Ley de Salud Sexual y procreación responsable : abordaje preventivo-asistencial del sistema público de salud de la ciudad de Mar del Plata. Intervención del trabajo social

Agostini, Estefanía

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/424>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

SS
Inv. 4365

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Licenciatura en Servicio Social

Tesis de Grado

Título: "El embarazo adolescente en el marco de la Ley de Salud Sexual y procreación responsable. Abordaje preventivo-asistencial del Sistema Público de salud de la ciudad de Mar del Plata. Intervención del Trabajo Social"

Directora: Lic. Castellanos Beatriz

Co Directora: Lic. Cano Georgina

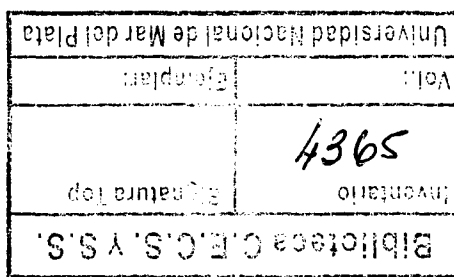
Integrantes: Agostini Estefanía. Matrícula 8754/05

André Gisele Estefanía. Matrícula 8758/05

Introducción

En la presente tesis se intentará una aproximación a la temática del embarazo adolescente en el marco de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable. Se pretenderá conocer el abordaje asistencial desplegado desde el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, así como del abordaje desde lo preventivo desarrollado en Centros de Atención Primaria de la Salud en dicha ciudad, que trabajan con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable que depende de la Ley mencionada. En este contexto se indagará la intervención desde el Trabajo Social en ambos niveles de atención de la salud.

La investigación estará orientada a examinar las funciones de los efectores del Programa, en sus diferentes niveles de atención y jerarquías, a fin de conocer los puntos de convergencia o divergencia de sus intervenciones con los lineamientos de acción propuestos en la política de Salud Sexual Y Procreación responsable.



02 NOV 2014

Definición del problema y estado de la cuestión:

La OMS define como adolescencia al período comprendido entre los 10 y 20 años, en el cual se adquiere la capacidad reproductiva, transitando los patrones psicológicos de la niñez a la adultez donde se consolida la independencia socio – económica. La juventud en una sociedad no puede definirse independientemente de cómo se configura la adultez en esa misma sociedad. En torno a cada una de estas “Edades sociales” se construye un sistema de prácticas y representaciones que involucra roles, expectativas, experiencias y actividades adecuadas e instituciones encargadas de controlar, normalizar o eliminar las desviaciones de las mismas. En el caso de los jóvenes estas instituciones suelen estar controladas por los adultos.

La tematización del embarazo adolescente como un problema de salud pública, merecedor de atención en términos de investigación y de intervención por parte del Estado surge en la década del 60 acompañando los cambios sociodemográficos, económicos, culturales e ideológico-políticos que tuvieron lugar tras la Segunda Guerra Mundial. Estas transformaciones originaron una creciente preocupación por la normalización del comportamiento de los jóvenes, más específicamente por aquellas conductas que pudieran mirar su transformación hacia una forma socialmente aceptada de “ser adulto”.

La investigación se ha concentrado en las complicaciones médicas durante el embarazo, causas psicosociales y consecuencias de la fertilidad adolescente, cambios demográficos a través del tiempo, consecuencias sobre el desarrollo de los hijos. Atendiendo a este último aspecto son relevantes las vinculadas a los roles alternativos de la mujer y su estatus económico, que

facilitaran u obstaculizaran un desarrollo psicosocial adecuado a las motivaciones, necesidades e intereses, condicionando el acompañamiento material y afectivo que requiere el hijo. La sexualidad y el comportamiento sexual de un ser humano va a estar determinado por una imbricada interrelación de estos aspectos biológicos, psicosociales y culturales.

La maternidad adolescente requiere un abordaje integrado e integral, pero no constituye una situación neutral susceptible de ser abordada y por consiguiente modificada sólo desde la gestión técnica, sino que debe ser comprendida como un problema político. Implica reconocer la necesaria presencia del Estado y simultáneamente de una sociedad con capacidad de interpelación para la compensación de asimetrías.

El actual entramado que se consolida para atender las necesidades de servicios de salud de la población y las diferentes respuestas que se construyen van complejizando las relaciones entre el Estado, el mercado y la familia, en la medida en que se diversifican las situaciones y las formas de acceso a cierta cobertura de salud. Se puede sostener que las reformas de los noventa tendieron a centrar la figura del mercado como proveedor de servicios y de la familia como responsable de encarar los gastos en salud.

Si bien existe una oferta programática propiciada desde el sector público que procura responder a las necesidades de grupos de edad que presentan problemas específicos de salud, falta incorporar programas que contribuyan a fomentar comportamientos y costumbres de prevención y promoción de la salud. Otro aspecto determinante es que la distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico, exige la

implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa, de la seguridad social, entre otras.

La derogación de Ley de Patronato del Estado -10.903- y la sanción de la Ley 26.061 (2005) se inscribe en los principios de la Doctrina de la Protección Integral de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia, estableciendo lineamientos que deben regir las políticas públicas, obligando a diseñar e implementar cambios en la organización administrativa y judicial del Estado. Impone nuevas reglas de juego y nuevas formas de pensar y hacer, que favorezcan prácticas concretas para situar definitivamente al niño y al adolescente como sujetos plenos de derechos.

La Legislación vigente en relación a la Salud Sexual y la Procreación Responsable- Ley 25.673- se implementa a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (13.066) con los siguientes objetivos:

- Alcanzar el nivel más elevado de educación sexual y procreación responsable con el fin de que se puedan tomar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.

- Disminuir la morbimortalidad materno – infantil.

- Prevenir embarazos no deseados y promover la salud sexual de los adolescentes.

- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida, y patologías genitales y mamarias.

- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.

-Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Tradicionalmente las políticas públicas dirigidas a la mujer en Argentina han respondido a criterios en los que la población femenina no era sujeto de derechos sino a través de la familia o la pareja. Fundamentalmente las intervenciones iban dirigidas a regular el uso del cuerpo en lo que se refiere a la maternidad y a las conductas atribuibles a sus contenidos. Así, las intervenciones crearon ciertas condiciones necesarias para mejorar y estimular la función maternal de la mujer. Las leyes sanitarias y laborales fueron parte de las medidas que permitieron intervenir en este ámbito: el de la procreación. En suma, las intervenciones iban dirigidas a la mujer construyéndola como pilar básico de la organización familiar y reproducción de la fuerza de trabajo en el ámbito doméstico.

Diversos trabajos de reconstrucción histórica demuestran que las políticas dirigidas a la mujer desde principio de siglo pasado estaban enmarcadas en el área de la salud y de educación. En el área de educación el objetivo era la moralización y control de la familia popular frente a la migración externa. En el área de la salud se centraban en la mujer como la principal responsable de la reproducción biológica y material de los miembros de la familia.

El binomio madre – hija/o era el objetivo principal de las intervenciones, y la receptora de esas políticas era la madre - ama de casa. La mujer era la principal responsable en la socialización de los hijos y portadora natural de la maternidad, en este sentido la sociedad debía motivar, exigir, cuidar, velar porque la mujer cumpla esa función de gran matriz del país. Su desempeño se

circunscribía al ámbito privado-doméstico y a su rol de esposa/ madre y ama de casa. Estas intervenciones en el ámbito de la reproducción formaban parte de una política económica - social nacional general, en las cuales las políticas de población eran un medio para generar el crecimiento económico de la nación.

Estas políticas demográficas tenían en cuenta la particular relación entre los comportamientos individuales de población y las metas gubernamentales. Estas metas estaban relacionadas con motivos geopolíticos, es decir una mejor relación entre la población y el territorio. Así las intervenciones enmarcadas en políticas de población estimulaban la natalidad o la controlaban y su receptora era la mujer.

En este sentido, las intervenciones en el ámbito de la procreación y como parte de políticas de población no eran vistas como un derecho de la mujer a la salud sexual ni a la salud reproductiva. La mujer fue objeto de las intervenciones en cuanto y en tanto cumpliera con su función maternal, su derecho pasaba por ser asistida en los centros maternos, y el Estado, además de estimular esta condición debía garantizar el servicio de salud materno infantil.

Sucintamente, si se recorre estas intervenciones, observamos que a principios de siglo pasado las cuestiones centrales giraron en torno al rol del Estado en el control de la disminución de la natalidad y el bajo crecimiento poblacional. En esta dirección se vehiculizan acciones tendientes primero, al fomento del crecimiento interno en 1930, y luego, a la protección a la maternidad entre 1934 y 1937. En 1940 se cristalizan las primeras ideas del fomento a la fecundidad, plasmadas en el Primer Congreso de Población que se realiza en Buenos Aires.

Así, las políticas de población y, dentro de ellas, las dirigidas a la reproducción fueron explícitas:

“asignaciones familiares para parejas prolíficas, sobre-salarios a los casados, gravámenes progresivos para los solteros, preferencia de los padres de familia en los puestos de trabajo, impuestos a matrimonios sin hijos, premios y estímulos bancarios a las madres multíparas.” (Torrado, 1993:264).

A partir de 1947 las políticas de población aumentan cuantitativa y cualitativamente. Las intervenciones del Estado estaban dirigidas a reponer y reproducir la fuerza de trabajo, por cuanto *“trataban de “regenerar” la raza argentina lo que implicó políticas de salud dirigidas a la mujer en cuanto portadora simbólica del patrimonio humano de la Nación” (Ramaciotti, 2001:45).* De ahí la importancia que adquiere el cuidado de la mujer embarazada y la implementación de centros materno infantiles. Asimismo se establecen subsidios y préstamos por casamiento, vivienda, se fomenta la natalidad con campañas de protección a la mujer embarazada y se condena severamente el aborto.

A diferencia, en la década del '60, bajo la política para Latinoamérica de lo que se llamó “desarrollismo” se fomenta la familia moderna como opuesta a la familia tradicional, con lo que se estimula la reducción del número de miembros. Las funciones asignadas a la familia eran básicamente afectivas y de socialización primaria, además de las reproductivas *“... la posibilidad de modernizar a la familia, pasaba por incentivar a las mujeres al cambio, sacarlas de los límites de lo privado y hacerlas participar en el desarrollo” (Grassi, 1986:117).* Esto se traducía en la preparación para el matrimonio y la paternidad responsable, entendidas como disminución del madre-solterismo, el

abandono paterno, la vagancia, la delincuencia. Éstas fueron las estrategias del "modernismo" en su primera época para enfrentarse al "tradicionalismo", que en las clases bajas se tradujo en un mayor control tendiente a evitar la promiscuidad. Sin embargo, en cuanto al tema poblacional, los gobiernos entre 1955 hasta 1969 no sostienen ideas precisas acerca de esta cuestión, o, como expresa Susana Torrado, no aparecen plasmados en políticas específicas.

En 1974 se promulga el Decreto 659, que establece el control de la comercialización de los anticonceptivos (se exigían recetas por triplicado) y prohíbe las actividades directas o indirectas dirigidas al control de la natalidad en los establecimientos públicos de salud. Esta medida coercitiva no fue eficaz en el primer punto, ya que los anticonceptivos continuaron vendiéndose sin las recetas, aunque sí fue muy efectivo en dismantelar alrededor de 60 consultorios de planificación familiar. Ello implicó fundamentalmente un perjuicio para las mujeres de sectores populares ya que quienes contaban con ingresos suficientes accedían a la compra de anticonceptivos.

En suma, la mujer como receptora de políticas de población pasó de ser protegida para ser madre y reproducir la clase obrera, a ser controlada por la alta natalidad - signo de tradicionalismo y atraso - para luego ser controlada por medios coercitivos para fomentar el crecimiento poblacional. Según el objetivo político de los gobiernos, el cuerpo de la mujer fue uno de los ejes privilegiados de las políticas demográficas.

El escenario de fines de siglo XX para la mujer fue variando. Durante las dos últimas décadas Argentina vivió transformaciones sociales importantes, y éstas tuvieron gran influencia en la situación, condición de vida y rol social de la mujer. Con grandes contradicciones y diferencias entre estratos socio-

económicos y entre regiones, las mujeres se volvieron más visibles en su actividad económica, y por ende se visibilizaron en la esfera pública. En materia de legislación, educación formal, participación en la fuerza de trabajo y participación en el quehacer social los logros han sido importantes.

Las intervenciones dirigidas a la mujer mejoraron su condición, ello implicó una presencia continua y ascendente en el mundo laboral, reforzada por el mayor acceso a la educación y la prolongación del promedio de vida. *“Con la recuperación de las instituciones democráticas en 1983 se abrió el juego para el tema de los derechos...”* (Virgen, 1995:165), y entre ellos adquiere status el de los derechos reproductivos y salud reproductiva. Por y desde orientaciones internacionales se lograron avances que abrieron caminos en dirección a los derechos sexuales de las mujeres, sin embargo, estos avances plasmados en convenciones, tratados y acuerdos lejos estaban de lograr una legitimación social y una universalidad jurídica en Argentina y desde 1986 se comienza a intervenir en la cuestión en forma despareja en el país.

A nivel internacional hay dos períodos que marcan las orientaciones de las recomendaciones en torno al tema de la condición de la mujer en general y en particular con respecto a la salud sexual y la procreación.

Un primer momento corresponde al período desde 1975, en la cual la ONU comienza activamente a propiciar encuentros, conferencias, declaraciones que alertan e intervienen sobre la condición de la mujer en el mundo. Este período se extiende hasta la Tercera Conferencia sobre la Mujer en Nairobi en 1985, en la cual se establecen las bases de una acción programada hacia el año 2000 tendientes a eliminar la discriminación de que es víctima la mujer en el mundo.

Un segundo período se puede ubicar posterior a esta Conferencia en 1985. A partir de ese momento se suman una serie de encuentros que colocan en la agenda la consideración de derecho y género en las intervenciones gubernamentales como asimismo, y de suma importancia, la ratificación y legitimación de la CEDAW (Convención de los Derechos Humanos de las Mujeres) en todos los países como principal organismo que se preocupa de toda la cuestión de las desigualdades que padecen las mujeres. Este período culmina con el momento en que se llevan a cabo las Cumbres del Cairo (1994) y Beijing (1995), en dónde se establecen las bases para lograr la vigencia de los derechos reproductivos de las mujeres, y dónde se incorpora la perspectiva de la relación entre los sexos desde la exigencia de una equidad entre ambos, es decir se considera y se insta a los gobiernos a considerar en las intervenciones la perspectiva de género.

Desde 1975 hasta Beijing en 1995 pasaron veinte años de evolución en la problemática de la mujer, veinte años en que se instrumentaron acciones tendientes a eliminar las desigualdades de las que es objeto la misma. Veinte años de avances en garantizar los derechos humanos de las mujeres. Algunas de las líneas de acción producto de estos encuentros se preocuparon por precisar conceptos tales como derechos, salud reproductiva y salud sexual. Así la definición que goza de consenso internacional dice que se debe entender la Salud Reproductiva como *“el estado general de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Es un derecho humano básico de varones y mujeres en edad fértil, que integra el derecho a la salud y que comprende la consolidación, respeto y efectiva*

concreción de principios, derechos y garantías esenciales que aseguren a las personas el ejercicio de una sexualidad sana.” (Programa de Acción, resultado de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, 1994)

Asimismo este Programa de Acción deja expreso que la atención de la salud reproductiva debe considerar al conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Así, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos tales como: el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia. Los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones.

Argentina no estuvo ausente en sus intervenciones en este avance internacional en el tema mujer y salud sexual y reproductiva; hace dieciséis años se cristalizaron las primeras intervenciones tendientes a mejorar la calidad de vida sexual de la población. En nuestro país, con la reforma constitucional de 1994, adquirieron rango constitucional once tratados de derechos humanos. Entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), La Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica (1978), Convención Internacional sobre eliminación de todas las formas de Discriminación Social

(1969), Convención contra toda forma de Discriminación contra la Mujer (redactada en 1967-aprobada por la ONU en 1979-ratificada en 1985).

En la Constitución Argentina, los artículos 41, 42 y el artículo 75 en sus puntos 22 y 23 establecen la jerarquía constitucional del derecho a la salud: *“...todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado...”* (art.41) *“...los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho a la protección de su salud”* (art.42) *“...los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes: la Declaración universal de los derechos humanos tiene jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos.”* (art.75, inc.22).

“...legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, mujeres...” (art.75, inc.23).

Las intervenciones en el ámbito de la reproducción en Argentina tuvieron sus primeros antecedentes en la legislación a nivel provincial o local. Posterior a Nairobi (1985), desde 1986 y hasta el 2000, existió el programa de Planificación Familiar de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y desde 1987 y hasta 1996 hubo un Programa de Salud Reproductiva en la provincia de Río Negro. Si bien estas intervenciones no eran nacionales señalaron un cambio incipiente en el pensamiento de algunas/os legisladoras/es y funcionarias/os en lo que respecta a derechos humanos, salud sexual y salud reproductiva.

Estas acciones tendientes a instalar el tema fueron incrementándose de forma despareja en el país hasta finalmente colocarse en la agenda pública nacional desde el año 2000 y hasta el año 2002, fecha en que finalmente fue aprobada la Ley Nacional que crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. De esta manera, se planifican programas enmarcados en salud reproductiva, planificación familiar o salud sexual. Todas las leyes provinciales coinciden en poner el eje en dos objetivos: la reducción de la morbi-mortalidad materno-infantil y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

La sanción de la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable significa un hito en la historia de las intervenciones en este campo; por un lado, porque no se enmarca en políticas de población, por otro porque se inscribe en los derechos a la salud sexual y reproductiva y por último tiene estatus de ley, con lo cual su no aplicación es plausible de sanción. Implica un punto de inflexión, por cuanto el Estado resignifica su concepción histórica de las intervenciones en este ámbito para atribuirle otros contenidos, el de los derechos universales a la salud sexual y reproductiva.

Los nombres de los programas que fueron implementados en las provincias antes de la sanción de la ley nacional, evidencian las concepciones que con respecto al tema de reproducción tienen tanto las comunidades como las/os decisoras/es de políticas. Sin embargo, no todas las provincias incorporan en sus legislaciones la perspectiva de género y la educación sexual formal y no formal desde la niñez, los cuales se pueden considerar los medios infaltables para afrontar la problemática de la población en cuestión de salud sexual y reproductiva.

Incorporar la perspectiva de género implica promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer. En este sentido, se debería disponer de los recursos que propicien tal ejercicio: amplia oferta de servicios de salud, accesibilidad material, información, asesoramiento y una gama disponible y accesible lo más amplia posible de métodos anticonceptivos.

Aquí se aborda otro contenido divergente en las legislaciones provinciales: la enumeración de métodos anticonceptivos. El hecho de enumerar los métodos anticonceptivos no es un dato menor: significa que el uso de anticonceptivos está circunscrito al listado de medios permitidos. La actividad parlamentaria en las provincias no significó pasividad a nivel nacional.

Concomitantemente a las sanciones de las leyes provinciales, se presentaban proyectos para su tratamiento a nivel nacional. Sin embargo, largo fue el recorrido, desde presentaciones de proyectos hasta medias sanciones y olvidos obligados; el tratamiento de la ley en salud reproductiva fue colocado en la agenda pública en forma alternada durante dieciséis años y en forma continua durante los últimos dos años. Obsérvese este recorrido:

en 1986 se presentó el primer proyecto de ley sobre salud reproductiva ante la Cámara de diputados y en 1988 se propuso en el Senado la creación de un amplio programa de planificación familiar con la sola reserva de la prohibición de los procedimientos de esterilización. Casi simultáneamente se presentó en el Senado otro proyecto de Ley, en virtud de la cual se establecía la prohibición del uso de métodos de control de la natalidad que sean clara y presumiblemente abortivos *“estos proyectos nunca fueron debatidos. En los*

años '90, se presentaron diez nuevos proyectos al Congreso aunque nunca fueron considerados" (Cesilini- Gherardi, 2003: 35).

A partir de 1995 empezaron a debatirse distintos proyectos en la Cámara de Diputados. Esto coincide con las cumbres del Cairo (1994) y Beijing (1995). En noviembre de 1995 se elaboró un proyecto presentado por Elisa Carca y Marcela Durrieu, que sistematizaba argumentos y propuestas para los derechos sexuales y reproductivos. En el documento los derechos sexuales tenían relación con la posibilidad de tomar decisiones informadas y libres de coacción sobre sexualidad y procreación, con la protección de la integridad física, psicológica y sexual, el acceso oportuno y de calidad a servicios de salud y educación en esta materia. Como ya se señaló este proyecto de ley, obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación, pasando al Senado para su discusión.

Ya en el Senado, durante mayo de 1997 y con la intención de acercar posiciones, la Comisión de Salud de la Cámara alta realizó gestiones y logró consenso para incluir dentro del proyecto algunas de las sugerencias realizadas por los obispos. Las sugerencias consistían en: el reconocimiento de la objeción de conciencia, que podía ser esgrimido por cualquier profesional para evitar prestar servicios de anticoncepción; que los adolescentes concurren a la consulta médica acompañados de sus padres y que la autorización a recibir información sobre sexualidad y anticoncepción debía ser autorizada por sus tutores. Una última sugerencia se refería a la exclusión de la enumeración de los métodos anticonceptivos.

Poco después, en el mes de julio de 1997, se realiza una reunión convocada por el bloque de Senadores de la Unión Cívica Radical, a la que se

invita a participar a organizaciones de mujeres y profesionales pertenecientes a instituciones de reconocido prestigio en el mundo académico. En esa reunión las organizaciones presentes rechazaron por unanimidad las modificaciones que pretendían incluirse al proyecto aprobado en la Cámara de Diputados, sosteniendo en cambio la necesidad de respetar los acuerdos internacionales firmados por el gobierno en el tema.

No hubo consenso en cuanto a las modificaciones solicitadas por la Iglesia con lo cual la versión de esta iniciativa quedó “congelada”. A los treinta días de esta reunión el proyecto perdió estado parlamentario y quedó retenido en el Senado durante dos años.

En 1999 la insistencia de un grupo de legisladores vuelve a instalar el debate en el recinto parlamentario, sin embargo al no haber quórum su tratamiento fue postergado tres veces.

El principal opositor de la ley era el entonces presidente Carlos Menem, que llevó incluso su firme postura antiabortista al calendario: instituyó el 25 de marzo en la Argentina como el “Día del Niño por Nacer”. Durante este período Argentina acompañó de manera militante las posiciones del Vaticano sobre aborto y familia en los foros internacionales.

Tras aquel fracaso, en el año 2000 algunos diputados actualizaron los proyectos que habían caducado, algunos otros nuevos obtuvieron estado parlamentario y se formó un consenso desde diversos sectores políticos a fin de avalar una opinión común que fue aprobada por la Honorable Cámara de Diputados en abril de 2001. Una vez más el Proyecto fue remitido al Senado para su consideración. Sin embargo la composición del Senado no había

variado y estaba mayoritariamente en contra de la aprobación de métodos anticonceptivos rechazados por la Iglesia Católica.

Durante cuatro años de tratamiento en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, las Comisiones de Acción Social y Salud Pública, la comisión de Familia, Mujer y Minoridad y la Comisión de Presupuesto y Hacienda, consideraron un total de ocho proyectos de diferentes legisladores. El 18 de octubre de 2001, con presencia de 129 diputados y por amplia mayoría obtuvo media sanción la actual ley 25.673 que crea el Programa de Salud sexual y Procreación Responsable, en base a un solo proyecto consensuado entre todos los bloques, en un solo texto que fue remitido al Honorable Senado de la Nación para su consideración.

El 30 de octubre de 2002 la Honorable Cámara de Senadores de la Nación después de casi cinco horas de tratamiento del proyecto de ley recibido, aprobó por amplísima mayoría del cuerpo, el dictamen único expedido por la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública. Se constató en la votación general y particular sólo la negativa de un ínfimo número de Senadores Nacionales que invocaron *“estrictas convicciones personales”* (*Diario de sesiones 31 Reunión 16 Sesión ordinaria*).

Objetivos Generales:

- Estudiar las características y formas de atención de la embarazada adolescente en el marco de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable a los fines de visibilizar las condiciones y alcance de la protección jurídico administrativa.
- Indagar la intervención del Trabajo Social en los abordajes preventivo-asistenciales.

Objetivos particulares:

- Estudiar el alcance de la Ley en relación con los requerimientos de un abordaje integrado e integral de la adolescente embarazada.
- Detallar la estructura, función y relación del sistema público de salud de referencia para la atención de estas jóvenes.
- Caracterizar la situación socio económica de las adolescentes con hijos nacidos vivos en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata.
- Indagar las conductas de auto cuidado vinculadas a los controles previos al parto y los Centros de Atención Primaria de la Salud donde se realizaron.
- Entender el alcance y orientación de las prácticas conducentes a la protección de la salud sexual y reproductiva desplegadas desde los centros de Atención Primaria de la Salud.
- Conocer el alcance de la intervención del Trabajo Social en el HIEMI y Centros de Atención Primaria de la Salud.

Marco Teórico

Adolescencia

La OMS define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio – económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Según Sileo, la adolescencia consta de tres etapas: adolescencia temprana, media y tardía.

La *adolescencia temprana* comprende entre los 10 y los 13 años, marca el final de la pubertad y el ingreso a la adolescencia. Durante este tiempo se produce la mayoría de los cambios orgánicos y aparecen los caracteres sexuales secundarios. Los conflictos característicos de esta edad son: preocupación por la imagen corporal (pérdida del cuerpo infantil) y los cambios que están aconteciendo, deseos de independizarse de los padres, pero simultáneamente, necesidad de mantener la dependencia; deseos sexuales aumentados pero restringidos por la duda, el temor al acercamiento al sexo opuesto, conflictos entre los deseos y las normas morales aprendidas, masturbación frecuente, angustia ante el crecimiento y la maduración y cambios en el trato por parte de los adultos.

La *adolescencia media* es el periodo comprendido entre los 14 y 17 años, donde se consolida la identificación sexual, aumenta la crítica a la autoridad en general, pero especialmente la de los padres, se presenta una gran valoración del grupo, preocupaciones filosóficas y religiosas, persistencia de la angustia ante la sexualidad aunque el acercamiento es cada vez menos difícil (en ocasiones puede estar revestido por agresividad) y comienzan las preocupaciones por el futuro en general.

Con *adolescencia tardía* se denomina a la edad comprendida entre los 18 y 21 años, durante esta última fase debe haberse constituido la identificación y el ejercicio del rol sexual. La rivalidad con los padres comienza a ceder el paso a la identificación con ellos y a la internalización de las normas familiares y sociales. El grupo comienza a perder su importancia primordial quedando en primer plano el concepto del individuo. La adolescencia en el punto de vista psicológico puede señalarse, en forma general, desde las transformaciones a las cuales debe adaptarse la personalidad del joven.

En referencia a la tercera etapa, en el área afectivo-social, el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. La autoestima en este momento es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo.

Las definiciones mencionadas son tipologías válidas para una aproximación a la temática de la adolescencia, dado que tienen la ventaja de llamar la atención sobre una de las características más sobresalientes de este momento del ciclo vital: la necesidad de insertarse en el medio social y de adquirir el estatus de adulto.

Sin embargo, dejan de lado una mirada histórica, cultural y relacional, de la constitución de la adolescencia como "edad social".

Tanto las características de cada edad como la prolongación de cada una de estas etapas se definen en el marco de relaciones de poder, constituyéndose así un sistema complejo en el que los diversos grupos sostienen vínculos de complementariedad y conflicto, pues está en juego el

acceso a los recursos. Cómo es la juventud en una sociedad no puede definirse independientemente de cómo se configura la adultez en esa misma sociedad. En torno a cada una de estas "Edades sociales" se construye un sistema de prácticas y representaciones que involucra roles, expectativas, experiencias y actividades adecuadas e instituciones encargadas de controlar, normalizar o eliminar las desviaciones de las mismas. En el caso de los jóvenes estas instituciones suelen estar controladas por los adultos.

La inclusión tardía de los jóvenes y adolescentes como sujetos portadores de derechos proviene de la construcción moderna de ciudadanía que hasta entonces tenía como único destinatario al varón adulto. La adolescencia y la juventud son construcciones culturales dependientes de la historia y de la geografía; para que existan estos conceptos deben existir una serie de imágenes culturales: valores, ritos, atributos y una serie de condiciones sociales: normas, comportamientos, instituciones que diferencien a los jóvenes de otros grupos etéreos.

No puede definirse la juventud como una categoría única y universal, sino que se trataría de múltiples juventudes, tomando en consideración las dimensiones culturales, políticas, históricas y sociales. Ser joven tomará una dimensión diferente si se trata de alguien que habita un país en crisis o no, que pertenece a la clase media, alta o baja, que es mujer o varón. El caso del embarazo adolescente es paradigmático en la explicación de las diferentes juventudes que conviven en una misma época. Las transformaciones se han desarrollado alrededor de cierta flexibilización de los roles al interior de la pareja, lo que a su vez, ocasiona un proceso de redefinición de la identidad femenina y masculina en la sociedad; también al separarse sexualidad y

reproducción, la primera adquirió un valor en sí misma y debió comenzar a considerársela dentro del tratamiento general de los jóvenes.

Las identidades se producen en el marco de relaciones sociales y están cargadas de significaciones socioculturales: el género, las categorías de edad, la nacionalidad, la etnicidad, entre otras. Se construyen, asumen o imponen en el marco de las relaciones de poder, definiciones dominantes o hegemónicas sobre la manera adecuada de ser y actuar fijadas en estereotipos internalizados que contribuyen a cristalizar y reproducir las jerarquías sociales.

Siguiendo esta línea de pensamiento se considera relevante citar al autor Jaime Bernstein, quien plantea que para los jóvenes de las clases subalternas, la adolescencia adquiere características distintas del resto del mismo grupo etéreo. El adolescente busca uniformidad que pueda brindarle seguridad y estima personal; de allí se desprende el espíritu de grupo y la necesidad de pertenencia que lo caracterizan. El adolescente no puede ser indiferente a las modas, costumbres, preferencias o vestimentas que el grupo dictamina. En el grupo, el adolescente encuentra refuerzo para los aspectos cambiantes de su identidad. Busca la reafirmación de las nuevas obligaciones que el medio le impone y para las cuales aun no se encuentra preparado.

Embarazo y sexualidad: Aspectos interdependientes

En nuestra región en general y en nuestro país en particular, la política neoliberal llevada al tope durante la década de los noventa, con la consecuente mercantilización de los derechos sociales, acentuó aún más la inequidad en el acceso a los recursos materiales y simbólicos necesarios para la apropiación y

ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la construcción de ciudadanía en general.

El embarazo adolescente no es definido como un problema en sí mismo. Si bien se asocia con consecuencias negativas desde el punto de vista médico como el bajo peso al nacer, no demanda de atención, alta tasa de mortalidad materna en menores de 20 años, disminución del promedio en edad, se reconoce que la mayor parte de las consecuencias adversas serían evitables con los controles adecuados y la captación temprana de los sistemas de salud. La atención temprana y el seguimiento adecuado hacen indiferenciable el embarazo de una adolescente y el de una mujer adulta.

Molina, Luengo y Toledo plantean que la sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, que expresa en los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda de placer; y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados.

Los cambios puberales proporcionan las funciones necesarias pero no determinan la manera en que el adolescente se interesa y participa de actividades sexuales. El contexto sociocultural determina la forma biológica y social que la sexualidad adopta en cada edad. En la mayoría de los casos, mucho antes de que los cambios tengan lugar, se habrá tenido noticias de los mismos y habrá existido interés en éstos temas durante la infancia. Sin embargo, la sexualidad toma un significado social diferente tras la pubertad.

Los adolescentes se enfrentan a la tarea de aprender los códigos cambiantes de la sexualidad: lo que se considera normal en una cultura y una época, será evitado en otro tiempo y lugar. Generalmente, cuando se habla de

embarazo adolescente se asocia la conducta sexual con el riesgo, ya sea de contraer enfermedades de transmisión sexual como de embarazo. A pesar de esto, la sexualidad no es un conjunto de conocimientos biológicos o conocimiento de la identidad de la persona, actitudes y prácticas sexuales.

Lo primero que distingue a los hombres y mujeres es la diferencia sexual. Más allá de lo físico se crean definiciones corpóreas y emocionales y prácticas sociales relativas a la sexualidad, a la división del trabajo y la distribución de recursos materiales y simbólicos entre varones y mujeres. Tales diferencias revelan una dimensión cultural: el género. La manera en que el género se construye está multideterminada y relacionada con el ejercicio de los derechos humanos y sociales, ya que su cumplimiento debe negociarse con el Estado y la sociedad; no se cumplen a priori y este incumplimiento genera desigualdades entre los adolescentes.

La femeneidad se ha identificado tradicionalmente con la extensión de los roles domésticos y la maternidad. Entre las niñas, la adolescencia era vista como una progresión hacia la maduración sexual que constituía el gran umbral que las convertía virtualmente en adultas sociales aptas para reproducirse. Así la menarca, la iniciación sexual y la unión conyugal para tener hijos eran, por lo común, los rituales que consagraban la femeneidad. En este modelo la sexualidad y la reproducción no se separan de manera tal que la iniciación sexual coincida con la unión conyugal y ésta con la maternidad. Por ello la virginidad era un marcador importante del estatus de la mujer ya que se suponía que quien tuviera vida sexual esperaba tener descendencia.

Progresivamente la sexualidad y la reproducción tienden a separarse debido a los cambios en la definición de la sexualidad de las mujeres y a la

existencia de métodos altamente eficaces para regular la fecundidad. Esto significaría un giro radical en la identidad femenina, ya que la maternidad parece estar dejando de ser un destino para convertirse en una decisión. En consecuencia, se abren nuevas posibilidades de vida sexual y se transforma el proyecto de vida de la población femenina.

Desde la sociología cultural, Mario Margulis analiza los mandatos culturales referidos a la constitución de relaciones afectivas, a la sexualidad y el amor, los hábitos de los jóvenes (de clase, generación, de zona o espacio social) que representan la internalización de la cultura de su tiempo y sector social y que suponen formas de percepción, de apreciación y valoración y disposiciones para las prácticas. El autor apunta a la dimensión cultural que opera en la formación de nuevas relaciones y que está presente en los intercambios simbólicos referidos al afecto y la sexualidad, así como también a los imaginarios que tienen vigencia entre los jóvenes de diferentes sectores sociales e inciden en sus ideas acerca de la pareja, la familia, el amor y la sexualidad. *“Los comportamientos “adecuados” en el plano de la sexualidad siempre han sido pautados por la cultura, aunque frecuentemente se presenten como imperativo de la naturaleza o mandato de la divinidad. En toda sociedad y en cada momento histórico se articularon instituciones que regulaban normativamente las relaciones entre los jóvenes, la sexualidad legítima, el matrimonio y la constitución de las familias, la transmisión del patrimonio y el linaje”*¹

La edad no afecta por igual a hombres y mujeres. La mujer es especialmente influida por los tiempos de la maternidad. Podría afirmarse que


¹ Margulis, Mario. “Juventud, Cultura, Sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires”. Pág 25,42. Editorial Biblos.

su reloj biológico, vinculado sobre todo con los ciclos relativos a la reproducción y procesados por condicionantes culturales y sociales, tiene ritmos y urgencias que la diferencian.

Los límites temporales que la biología impone a la maternidad, entre la menarca y el climaterio, hallan su expresión en las formas históricamente construidas que estructuran las uniones y en las pautas culturales vinculadas con la belleza, la seducción y la afectividad. Los tiempos relativos a la aptitud física y social para la maternidad acotan la condición de juventud entre las mujeres: operan sobre la seducción y la belleza, tienen que ver con el deseo, con las emociones, los sentimientos y la energía necesaria para afrontar los embarazos, los partos, la crianza y cuidado de los niños durante un período prolongado.

Existe una tendencia a considerar que la situación del embarazo y la maternidad/paternidad en la adolescencia no es adecuada; el término embarazo en el caso de los jóvenes casi siempre va acompañado por el de riesgo, no ya como una probabilidad estadística de que ocurra un evento adverso sino que, se dice, la sexualidad de los adolescentes y el embarazo "son riesgosos en sí mismos" especialmente para las mujeres.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados, pero si se considera al embarazo en la adolescente como un "*problema*", ello limita su análisis. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "*salud integral del adolescente*". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad, adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud,



brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. El derecho de los adolescentes a poseer la atención adecuada respetando el ejercicio de su sexualidad, es considerado un derecho humano básico. En el orden nacional recién fue promulgada en octubre de 2006 la Ley 26.150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral.

En los grupos sociales más desventajados las mujeres siguen portando "imágenes de género" tradicionales. Las jóvenes encuentran casi ninguna posibilidad de desarrollarse personal y socialmente (en lo educativo, cultural, en un deporte) debido, en parte, a la profunda crisis económica y del empleo, y sumada a la alta valoración de la maternidad en edades tempranas.

La fecundidad adolescente está en relación directa con la edad. La mayor parte de la literatura sobre la maternidad en la adolescencia ha sostenido que esta en su conjunto es un período en el que tener hijos pone a la madre en riesgo de enfermedad y aún de muerte. Esta afirmación aparentemente se funda en la observación de la mortalidad materna por edad. Sin embargo, investigaciones posteriores han puesto en duda la relación entre edad a la maternidad y riesgo de morir. El tener hijos en la adolescencia no aumenta notablemente el riesgo de enfermedad y muerte pero puede indicar que la mujer estuvo expuesta a otro tipo de riesgo: el de la maternidad no planeada.

La maternidad no opera de modo homogéneo en los distintos sectores sociales y la prueba palpable radica en la diferencia observada en el número promedio de hijos por mujer, que es notablemente más alto en los sectores más pobres en Argentina y otros países de América Latina. Esta tasa

diferencial tiene su explicación en la mayor persistencia de patrones reproductivos tradicionales en las familias de sectores populares. Las mujeres de sectores medios y altos, con acceso creciente a la educación, se encuentran tensionadas entre sus nuevas posibilidades de realización intelectual, profesional, política o artística y su vocación de maternidad. En cambio las mujeres de clases populares no tienen las mismas alternativas, más aún ante la carencia de empleo que se ha agravado en la última década; la tendencia hacia una maternidad abundante en las clases más pobres, en la que actúan distintos factores sociales y culturales que inciden en el menor uso de anticonceptivos, tampoco tiene el contrapeso de las nuevas opciones brindadas a las mujeres de otros sectores sociales para su realización personal.

En cada uno de los sectores sociales actúan distintas articulaciones de sentido que son producto de la vida social. Entre las mujeres de clase popular persiste, con mayor peso que en otros sectores sociales, un imaginario que impone la maternidad como mandato y la exalta como su modo de realización personal.

Las mujeres de sectores medios y altos, con otros recursos y opciones, deben concertar el uso de su tiempo y energías entre los impulsos internos y externos hacia la maternidad y las otras posibilidades en el plano laboral, artístico o de otra índole que les ofrece la sociedad actual. Esta situación tiende a desembocar en una suerte de transacción que se traduce, en el plano de lo social, en una menor tasa de fecundidad dentro de estos sectores.

Por otra parte, también en las clases media y alta, y sobre todo entre las mujeres que estudian, se observa una progresiva tendencia hacia la elevación de la edad promedio en que tienen el primer hijo. En este caso actúan varios

factores que operan en forma complementaria: por una parte avances en el campo de la medicina que permiten reducir los inconvenientes de una maternidad iniciada a edades más tardías, por la otra, la inserción laboral y la exigencia progresiva de un período más largo de instrucción. También actúa la crisis económica que origina en las parejas jóvenes mayor incertidumbre ante las nuevas responsabilidades implicadas en la llegada de los hijos.

Se presentan entonces en los distintos sectores sociales tendencias diferentes respecto de la maternidad y de su incidencia en la condición de juventud. En todos los casos la maternidad incide fuertemente en la vida de una mujer, aumentando sus responsabilidades y limitando su libertad de acción. En las clases populares, es notable la frecuencia de la maternidad adolescente, que tampoco está ausente pero se da en una medida mucho menor, en las clases media y alta y en general se advierte que las mujeres de esos sectores inician temprano su ciclo reproductivo, formando uniones conyugales.

Lo antedicho, demuestra que el embarazo y la maternidad adolescente no son un fenómeno exclusivo de los sectores populares, sin embargo se presentan con rasgos singulares en contextos de vulnerabilidad.

La relación entre juventud y género se torna más compleja al hacer intervenir el plano histórico, manifestado en los cambios notorios entre las generaciones que se agudizan por las transformaciones vinculadas con la condición social de la mujer, sobre todo la reducción de las limitaciones y restricciones en el plano de la sexualidad y la mayor apertura al mundo laboral e intelectual. En este plano, la mayor intensidad en los cambios experimentados por el género femenino (respecto del masculino), ocasiona que

las mujeres jóvenes perciban, con referencia a sus madres y abuelas, una distancia cultural mayor que la que experimentan los varones. Los valores y las normas que rigen los comportamientos en diferentes aspectos, pero sobre todo en que lo atañe a la afectividad, sexualidad, elección y formación de pareja, lenguajes y gestualidad, libertad de elección y de manifestación, entre otros muchos aspectos, han experimentado cambios más notorios en el caso del género femenino, distanciando a las mujeres jóvenes de sus generaciones anteriores, en tanto referentes en el nivel cultural, afectivo y psicológico.

Desde las intervenciones dirigidas a aliviar la pobreza, en pos de mejorar su condición, refuerzan su posición en la división sexual del trabajo. La mujer se encuentra con una agenda sobrecargada de actividades: se apuesta a mejorar la condición de madre (nutrición, cuidado infantil, lactancia), cuando se apela a su rol productivo se circunscribe a tareas asociadas a su rol doméstico (talleres de costura, cocina, cuidadora de ancianos o niños) o a su función como organizadora de su comunidad (comedores escolares, salitas primarias sanitarias, cooperadoras escolares).

En el campo de *la paternidad* hay una diversidad de experiencias, es decir, “paternidades” que traducen formas distintas de ser padres y de ejercer sus atributos, a partir de aspectos como situación socioeconómica, educación, cultura y otros. De esta forma, las etapas del ciclo de vida de los varones se hacen presentes en la forma en que se ejerce la paternidad: es distinta la paternidad de un varón de veinte años con un hijo de meses, a la de un varón de cincuenta años con hijos que están en el mundo del trabajo o terminando sus estudios. La paternidad, por tanto, está asociada a diversos factores como la etapa de vida del padre, el contexto histórico y cultural y el grupo social al

que pertenece. Sin embargo, en la sociedad capitalista occidental, el papel de proveedor-protector es definido como el núcleo principal de las funciones paternas.

Para aquellos adolescentes o jóvenes que asumen la paternidad, el reto se focaliza principalmente en el papel de proveedores, aspecto que presenta múltiples dificultades para ellos. Esto explica el énfasis de estos padres en el término “responsabilidad” a partir del cual intentan consolidar su nueva identidad y establecer una diferencia con el resto de sus pares de edad y género.

En el caso de estos adolescentes, sus aspiraciones deben enfrentar las precarias condiciones de inserción al mercado laboral, a partir de trabajos poco calificados, sin perspectivas de progreso, con largas jornadas y bajos salarios, aspectos que limitan las posibilidades de formar un hogar independiente. En consecuencia, con frecuencia viven con la familia de su compañera o la propia, sin lograr superar el papel de hijo dependiente, viendo lesionada su búsqueda de legitimidad a partir de las funciones asignadas socialmente a la función paterna. Esta situación se ve agravada por el nulo papel del padre en el período del embarazo, provocando su “invisibilidad” en términos familiares y sociales.

A la invisibilidad y descalificación de la paternidad adolescentes se contraponen la presión de los padres jóvenes, reconocidos como mayores de edad por cumplir con estas funciones. En este sentido, el temor a no poder asumir el papel de padre, y las consecuencias de esto para la propia imagen masculina, deberían ser tomados en cuenta como algunos de los factores que explican la inestabilidad de las parejas de jóvenes.

Por otra parte, las expectativas del entorno familiar y social, así como el temor siempre presente en sus compañeras y esposas, parte del carácter inevitable del abandono. Como resultado, los mismos adolescentes y jóvenes se verán a sí mismos como incapaces de aportar en la construcción de proyectos de vida con sus compañeras e hijos.

En contraposición a lo expuesto en este último punto, actualmente se manifiesta un tipo de ruptura con el modelo del amor romántico y de varón proveedor que se desarrollo más arriba; como así también se cuestiona la equivalencia madre adolescente = madre soltera ó madre adolescente = mujer sola.

El embarazo adolescente pone en riesgo la posibilidad de permanencia en el sistema educativo, en tanto que son altos las tasas de deserción escolar y desempleo de las madres adolescentes. Este grupo, desde esta perspectiva, se constituye como muy vulnerable, ya que interfiere, demora, interrumpe su *“crecimiento como personas, tanto desde el punto de vista afectivo como intelectual, al verse sometido prematuramente a tensiones y responsabilidades para las cuales carecen de formación y apoyo” (CEPAL, 1995).*

Si bien el riesgo de deserción escolar a causa del embarazo es real, por otro lado, son muchas las adolescentes que han abandonado sus estudios antes de quedar embarazadas. El tipo de hogar y el clima educacional del mismo influye en el grado de participación y sus posibilidades de inserción en el mercado de trabajo. Se sabe que cuantos más años permanezca un sujeto dentro del sistema educativo, mejor será su pronóstico en cuanto a la inserción de la estructura productiva y el proyecto de vida.

Puede mencionarse, que son muy pocos los casos en los que se visualiza que el embarazo se constituye como parte de un posible proyecto, como un deseo previo; y en otros casos se hace referencia como a un estado de estar preparada, que puede darse en ciertas oportunidades en que alguna adolescente por su situación de vida ya esté lista para querer ser madre en ese momento; de ese modo se vuelve a la imagen de proyecto en tanto parte del destino.

Aún en algunos casos en los cuales el embarazo y la maternidad se constituyen como proyectos, no dejan de responder a lógicas de fragilización. Algunos autores señalan como la maternidad se constituye en proyecto no anticipado sino consumado, es decir, se constituye como tal a partir del embarazo.

“Reconocer la maternidad adolescente y el embarazo adolescente como modos de ser adolescente, no implica posicionarse en una postura relativista. En consonancia con lo que se viene planteando, estos modos, lejos de presentarse como desvíos resultado de déficits individuales o familiares, resultan en la mayoría de los casos de situaciones de vulnerabilidad y fragilidad, ligadas a una estructura social desigual e injusta. Visibilizar, desde una perspectiva socio-cultural, las condiciones sociales en las que este grupo se inscribe, constituye uno de los primeros pasos para resituar las oportunidades y límites que el embarazo y la maternidad adolescente en contextos de pobreza supone”. (Fainsod, P: 2006:60).

Como se viene desarrollando las prácticas maternas se van construyendo a lo largo de diferentes trayectorias de vida en sus distintas dimensiones (social- laboral-política entre otras) y estas se configuran junto con

otros. Es importante el papel que juega el Estado en las trayectorias de vida de estas mujeres, pues incide en ella directa o indirectamente a través de sus políticas y de su modo de hacer política.

El abordaje del embarazo adolescente en todos los niveles de atención incluye políticas de prevención que tienen como finalidad generar mecanismos públicos que logren evitar enfermedades, accidentes, etc. Algo indeseable, que daña o afecta a alguien por su fragilidad se encuentra expuesto a mayores peligros.

Cuando se estudia e interviene en el embarazo adolescente no son pocas las ocasiones en que se dan por sentado un gran número de supuestos. Caracterizan un aspecto relativo y a veces superficial de la problemática, y por lo tanto, la representan sólo parcialmente. En otros casos, estos supuestos avalan una explicación general, total del fenómeno y operan distorsionando la manera compleja en que se produce. Siempre resulta provechoso identificar estos supuestos, ya que funcionan como implícitos dando por sentado que el embarazo adolescente es problemático, sin especificar en qué consiste, ni tener en cuenta en qué contexto se produce.

Los supuestos y los estereotipos orientan nuestros juicios perceptivos estableciendo consensos, por lo tanto, todos participamos de alguna manera en ellos, aunque no sea de todos; también hay que tener en cuenta que reducen y simplifican la realidad.

Entre otros estereotipos sobre el embarazo adolescente se pueden mencionar los siguientes:

- Que tiene lugar sólo en un sector de la población
- Que es siempre producto de la pobreza y la promiscuidad

- Que es un problema que se resuelve con la anticoncepción
- Que se trata de un problema de situaciones de abuso y violencia
- Que las adolescentes son irresponsables e inestables en el sostenimiento de sus bebés
- Que sus madres también fueron madres adolescentes y que solo están repitiendo historias familiares
- Que fueron niñas abandonadas y que lo mismo harán con sus hijos.

La complejidad del fenómeno se hace evidente cuando se intenta dar una explicación de porqué el embarazo de las adolescentes es un problema.

La naturalización decae, ni bien se analizan los antecedentes históricos del fenómeno y se lo concibe como un hecho que en otros tiempos ha tenido una connotación esencialmente vital. Siguiendo a Rachid y Canale (1998)² consideramos que la maternidad adolescente es una problemática pero nos abstenemos a considerarla un problema en sí mismo.

Para salir de los estereotipos mencionados se consideran las dimensiones problemáticas del fenómeno. Cuando se hable de prevención se referirá a estas dimensiones que deben ser especificadas, siempre evitando considerarlo genéricamente como un problema a prevenir.

Para abordar, estudiar y comprender la problemática del embarazo adolescente, las autoras mencionadas proponen realizar dos movimientos que faciliten la comprensión de este fenómeno diverso y heterogéneo. Esto permite constituirlo en campo de estudio, intervenir sobre él en la realidad, y formular políticas para su intervención. El primer movimiento apunta a la distinción:

² Verónica Rachid, Inés Canale, Consejo Nacional de la Mujer, Abril 1998. "Notas para una problematización".

- Distinguir cuándo el embarazo de una adolescente es un problema para la joven que lo protagoniza, cuándo es un problema para su familia, cuándo para quienes la asisten en la institución que tiene contacto con ella. Esto permite localizar los actores que intervienen en la problemática, dilucidar a quiénes deben dirigirse las intervenciones, y, en otro nivel de decisión, las políticas.
- Deslindar esta problemática de otras con las que se cruza: la adopción o el aborto, abuso, incesto, violencia familiar, las drogas, el tráfico de niños, la prostitución, la explotación. Estos son problemas en sí mismos que pueden encontrarse previamente al embarazo adolescente, o participar del mismo fenómeno. Discriminarlos y conceptualizarlos será necesario para elaborar intervenciones de distinto tipo aún cuando todas participen del tema.

Estas distinciones permiten ubicar el carácter problemático del embarazo de una adolescente y ubicarlo cuándo se produce en primer plano por sobre cualquiera de los problemas mencionados anteriormente.

El segundo movimiento que es necesario realizar es preguntarse sobre su inscripción como fenómeno de las distintas representaciones colectivas acerca de la maternidad, la paternidad, la familia, la adolescencia. Estas representaciones se encuentran a su vez en la base de su definición y forman parte de su carácter problemático.

Adoptando la mirada que plantean los enfoques críticos, se asume respecto de la adolescencia y la maternidad concibiéndolas como categorías

socio-históricas, que cobran significados diversos y se construyen en un campo social atravesado por múltiples relaciones de poder. Desde estas perspectivas se comienzan a realizar una serie de aportes para pensar al embarazo y a la maternidad adolescente ya no como desviación sino como modos que dan cuenta de fragilidades que hablan del ser pobre, del ser mujer, del ser joven.

El embarazo y la maternidad adolescente no se ligan a cuestiones de índole personal y familiar (aunque no se descartan cómo ellas entran en juego) sino que se los entiende fenómenos que da cuenta de vulnerabilidades vinculadas a la estructura desigual capitalista y patriarcal. De este modo, en tanto rostro de las desigualdades que sufren los jóvenes, se ve a esta problemática en íntima relación con lo económico, lo social, lo político y lo cultural. Justamente es esta mirada la que permite pensar que en tanto situación que deviene de un orden social desigual, contiene la potencialidad del cambio y la transformación, ya no con la ilusión de re-encauzar a los desviados, sino con la esperanza de generar relaciones más democráticas que permitan la constitución de sujetos más autónomos y libres.

Lo anterior implica responsabilidad de los poderes del Estado como venimos señalando, dado que existe un correlato entre el avance jurídico del tratamiento de un problema, la promulgación de una ley y la formulación de políticas públicas. No obstante, desde el Estado actual de la cuestión, ha existido un avance jurídico en el tratamiento del tema que en nuestro país no se ha correspondido con la legislación. Recién en el año 2003 surge la formulación de una política pública a través de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 13.066.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.

Ley de Salud Sexual y Procreación responsable

La salud reproductiva adquirió relevancia internacional en la década del ochenta. En la Argentina, esta cuestión comenzó a debatirse más ampliamente una década después. Durante largo tiempo, el lento crecimiento demográfico y consideraciones de orden geopolítico, dieron forma y argumentos a una ideología pronatalista que permeó las políticas de población y de salud.

Hasta la década de los noventa, el silencio sobre la salud reproductiva se debió básicamente a dos motivos. Por un lado, a las restricciones normativas con relación a la planificación familiar vigentes en el país desde mediados de la década del setenta hasta mediados de los años ochenta y, por el otro, a la ausencia de un debate en la sociedad que ubicara en el centro de la agenda pública los intereses y derechos de las mujeres y los/as jóvenes respecto de la sexualidad y la reproducción.

A partir de mediados de los noventa, el país vivió importantes cambios en el marco normativo y en el diseño de políticas públicas en salud reproductiva: más de la mitad de las provincias argentinas sancionaron leyes y/o pusieron en funcionamiento programas de salud reproductiva. A fines del año 2002 el Parlamento Nacional sancionó la Ley 25.673/02 por la cual se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable bajo jurisdicción del Ministerio de Salud. Por primera vez en nuestro país, la salud

sexual y reproductiva se incorporó a la agenda de las políticas públicas del Estado Nacional.

La ley 25.673 consta de 14 artículos (*ver anexo*). Es una política de Salud Sexual y Procreación Responsable enmarcada en el derecho humano a la salud, sus ejes y objetivos están puestos en prevenir enfermedades de transmisión sexual, abortos provocados, embarazos adolescentes y cáncer génito mamario, garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación, potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. En su reglamentación aclara que los medios para prevenir estos fenómenos estarían vinculados a los métodos anticonceptivos, a través de su suministro y a la información sobre salud sexual. Para ello prevén la ampliación de servicios primarios de salud que se adecuen a la demanda. Esta Ley contempla su implementación a través de programas planificados a nivel provincial, regional o local.

Este marco jurídico de inscripción en los derechos universales a la salud es fundamental, ya que concebir el derecho a la salud sexual de la mujer posibilita un camino hacia su autonomía, poniendo el acento ya no en su capacidad reproductora sino en el libre uso sexual de su cuerpo. Asimismo permite el cuestionamiento de la responsabilidad, casi exclusiva, que se la ha asignado a la mujer en cuanto encargada principal de la reproducción, tanto biológica como material de la familia. Esta responsabilidad que en el ámbito privado expresa una subordinación de género se cristaliza con la naturalización de la división sexual de trabajo.

No es lo mismo inscribir un programa en salud sexual que inscribirlo solo en salud reproductiva. El ámbito de competencia y la definición del problema se plasman en el concepto que trasmite su título, el cual quizás anticipa su contenido. Enmarcar un programa en salud reproductiva implica atender la salud de las mujeres en edad fértil, considerar la sexualidad solo reproductiva y las patologías derivadas de tal función.

En cambio, planificar un programa desde el derecho a la salud sexual incluye la mirada de salud integral de hombres y mujeres en esta relación que mantienen en el ámbito de la sexualidad. Una relación que debe ser libre y justa para ambos, lo que incluye la salud reproductiva y la responsabilidad maternal/ paternal compartida. Es decir, el contenido del concepto de salud sexual es más amplio y completo que el contenido del concepto de salud reproductiva, ésta última abarca solo un aspecto de la vida sexual de hombres y mujeres, en cambio la salud sexual abarca todos los aspectos de la vida sexual de hombres y mujeres lo que incluye la reproducción.

Trabajo Social en el campo de la salud: Desarrollo histórico de la intervención.

El Trabajo Social en el campo de la Salud, involucra una serie de cuestiones que en muchos aspectos pueden ser abordadas desde una mirada genealógica de la intervención. El estudio del origen y desarrollo sobre los sentidos y las prácticas que intervienen en lo social desde la perspectiva de la constitución de ese "otro" sobre el cual se interviene. El sujeto de conocimiento

construido formará parte de lo que se denomina "problema social" y sobre el cual van definiendo diferentes perspectivas y estrategias de intervención.

El surgimiento de la profesión marca una modalidad de intervención signada por los parámetros del positivismo, en un contexto de surgimiento del Estado-Nación argentino. En el marco del positivismo argentino, también la mirada, en tanto observación cada vez más sistemática y ordenada, implicó un sentido ligado a los preceptos socio-biológicos de la época.

El paradigma indiciario se relaciona con políticas de individualización y disciplinamiento. De esta forma se generaron una serie de técnicas correctivas orientadas a la regulación de la actividad del cuerpo.

Lo social en tanto laboratorio, se transformó en esta época en una especie de portaobjeto que fue puesto en el microscopio de las ciencias naturales, pero la mirada ya no era la del biólogo, sino que comenzaban a compartir el "campo" tanto el médico como el reformador social y el filántropo.

Posiblemente por el temor a las epidemias que asolaron a Buenos Aires, se construyeron formas de explicar la pobreza, pero fundamentalmente de actuar sobre ella. Tanto la explicación del problema como la intervención se asentaron en un mismo marco conceptual: el positivismo.

El cuidado de la salud pública se transforma en un instrumento de coerción, como así también de amalgama de un determinado grupo social. Pero este proceso inevitablemente se extenderá en forma lenta y paulatina a prácticamente toda la sociedad argentina a lo largo del siglo XX.

La idea de salud individual se intercalaba en la cotidianeidad y la salud colectiva era presentada como una especie de sumatoria de las fuerzas modificables de los individuos.

La intervención es, desde esta perspectiva, un espacio de diálogo entre conocimiento, política y un "otro" que se va constituyendo en un escenario que paulatinamente fue montando los nuevos papeles y guiones de la vida social sana y educada.

Esta modalidad, que es caracterizada desde este trabajo como "liberal-positivista", conlleva una concepción de sujeto que se va a construir lentamente desde postulados fuertemente relacionados con el racismo, donde la necesidad va a ser ligada con el lugar que se ocupa en la "especie", las posibilidades de supervivencia del más apto, generándose una analogía entre mercado y naturaleza, confiriendo además una fuerte connotación moral a la condición de pobreza.

Así, el modelo médico fue utilizado para individualizar la cuestión social, quitándole toda apreciación que permitiera mirar lo colectivo por fuera de la lógica de las epidemias, o la enfermedad. Se define el campo de la intervención, orientándose hacia el conocimiento de la natalidad y la morbilidad, las discapacidades biológicas, las influencias del ambiente, etc.

La principal preocupación de la medicina será en ese contexto la higiene pública. Otro aspecto se relacionó con la inhabilitación, la discapacidad, la locura y la indigencia. La higiene pública desde su intervención generaba una medicalización de la vida cotidiana.

El Estado será constructor de la sociedad, siendo un importante organizador de la vida social. El cuidado de la salud pública depende del aparato político.

La intervención en lo social, se asociará al poder disciplinario, en la perspectiva de enderezar conductas orientado hacia la vigilancia jerárquica, la sanción normalizadora y el examen.

Es necesario un dispositivo que permita una serie de actividades que se integran en parte desde la intervención. Mediante la inspección en los domicilios, la observación de las conductas, registrando lo normal y lo patológico, "examinando" a ese otro desde diferentes planos. Pero la observación implicaba también la transformación de lo observado en texto, se debía escribir, describir para otro que esperaba pacientemente el informe sobre las características ambientales de los habitantes de la periferia.

Desde mediados del siglo XIX, la intervención en lo social se vincula estrechamente con un sostén que la integra y la carga de sentidos: la vigilancia, el registro y la inspección.

En el caso de nuestro país, se pueden ubicar algunos antecedentes en la creación de las primeras escuelas de Trabajo Social a principios del siglo XIX, como en la sociedad de beneficencia, el proyecto educativo de la generación del '80, el discurso de la higiene médica y las prácticas en el campo de la "minoridad", con su consecuente división de prácticas correctivas y asistenciales, fundadas en un ideal rehabilitatorio.

"Existen pobres porque hay un exceso de ayuda social", estos discursos fundacionales que retornan en diferentes épocas, es posible rastrearlos en documentos explicativos de la crisis del '30 o recientemente, cuando fueron retomados por el Instituto de Manhatan en la década de los '80 del siglo XX para fundamentar el achicamiento de las políticas sociales y del Estado benefactor, en un contexto de aparición del neoliberalismo a nivel mundial.

También los orígenes del Trabajo Social, ya como práctica legitimada, se relacionan con el “neo-realismo”. La función del maestro en el caso de la Argentina ya se relacionaba con la transmisión de conductas que le permitan adaptarse al medio social, pero la intervención se daba dentro de los establecimientos educativos.

Otro elemento relacionado con la aparición del Trabajo Social como disciplina que deberá estar e intervenir en el contexto, se vincula con la medicalización y el surgimiento en Occidente de la figura del “anormal”, la cual será en principio dominio privilegiado de la psiquiatría, de donde se tomarán parte de los instrumentos de intervención que el Trabajo Social comienza a aplicar en esa “necesaria” tecnologización de la mirada hacia los otros.

Algunos elementos constitutivos del Estado de Bienestar surgen como producto de la Ilustración; desde allí se construye un nuevo dominio de saber que articula salud con bienestar y felicidad.

Respecto a la relación entre los pacientes y el medio social, la figura del visitador social se hace cada vez más necesaria. Así lo social, en términos de intervención, será de alguna forma un conjunto de dispositivos de asistencia que tratan de mantener la integración del todo y su propia cohesión. Estas cuestiones se fundan en un principio de solidaridad y de responsabilidad, más allá de los derechos o una mirada crítica a la inequidad.

A principios de la década de los cuarenta, la Sociedad de Beneficencia estaba perdiendo el manejo de las instituciones de salud y se refugiaba en las de minoridad, presentando una imagen deteriorada, fundamentalmente por la escasa o casi nula resolución de problemas sociales a través de ella.

La asistencia social utiliza una terapéutica social dada por la asistencia individual y colectiva: dispensarios, hogares, refugios, preventorios, comedores, hospitales, maternidades, centros de salud, orienta y guía a las poblaciones por los senderos que traza la política social, que son los de la regulación social y la sana convivencia. Protege, por medio de una elevada cultura moral, física e intelectual a los niños, adolescentes y adultos.

Lentamente, se iba dejando de lado la idea positivista de sujeto moral, y se hacía más fuerte la explicación de los problemas sociales vinculándolos con las influencias del medio y la situación económica, sin perder el tono liberal.

Comienzan a retomarse los primeros lineamientos de la Seguridad Social, que se plantea como un derecho a la solidaridad que tiene todo habitante de la Nación, a partir de que contribuye con su trabajo al bienestar general.

En 1930 se crea la primera Escuela de Servicio Social, dependiente del Museo Social Argentino. La conformación de estas primeras escuelas de Asistencia Social, se vincula en principio con una concepción para-médica y luego para-jurídica, buscando ampliar el panorama de esas disciplinas desde una idea de personal auxiliar que interviene mediando y transmitiendo su saber a las disciplinas de origen (derecho y medicina). La preocupación continúa centrada en mejorar la organización social.

De este modo la acción social comienza a orientarse definitivamente hacia la esfera del Estado. Con la crisis económica del '30, la acción social comenzará a ser sinónimo de deber de Estado.

La crisis económica va produciendo y sumando mayores niveles de empobrecimiento, descontento, pauperización y desocupación. En el resto de América Latina también impacta en forma relevante.

La conflictividad social comienza a expresarse desde fines del siglo XIX, con lo que la acción social es puesta en marcha por los laicos, implicando ciertos cambios en las prácticas.

En el caso del Estado social argentino, es la Fundación Eva Perón y la acción del Ministerio de Salud a cargo del Dr. Ramón Carrillo desde donde se aplicarán políticas sociales novedosas, en espacios casi siempre cercanos a la concepción de dignidad y justicia.

Las formas de intervención estatal a través de la política social de ese período se caracterizaban por un marcado centralismo, lo que implica una mayor presencia del Estado en cuanto a diseño y ejecución de políticas sociales.

En el período 1945-1955 (planes quinquenales), la política social, la política sanitaria, la política de educación, la economía e incluso los aspectos demográficos; y la acción social, también se expresan a través de la Fundación Eva Perón.

La Fundación ocupa el lugar que hasta entonces había tenido la Sociedad de Beneficencia, la cual cambia la concepción de caridad o filantropía por la de dignidad, derechos sociales y ayuda social específica. También genera nuevas formas de representación, ahora ya no de la pobreza, sino de los derechos sociales, las garantías y las obligaciones que el Estado social debe avalar.

La práctica de los asistentes sociales, visitadoras de higiene, médicos, educadores ahora se desliza dentro de un nuevo marco y nuevos condicionamientos, si se quiere, explicativo de los problemas, y con su forma de resolución, vinculándose fuertemente con la política social y con la idea de dignidad que les da un nuevo sentido.

Eva Perón comenzó por enviar decenas de mujeres a relevar las provincias con la función de detectar necesidades. Recorrieron los lugares más alejados del país, elaborando fichas asistenciales y estadísticas, generalmente en compañía de médicos que elaboraban breves diagnósticos sobre el estado sanitario de la población infantil. Luego del informe socio económico del lugar, la Fundación planificaba la construcción y finalmente, Eva Perón determinaba la construcción del Hogar.

Este hecho tal vez fue uno de los primeros antecedentes de elaboración comunitaria o regional de diagnósticos sociales, mostrando por otra parte el antecedente de una primera separación en lo que serán en el futuro las prácticas del Trabajo Social con respecto a la concepción para-médica o para-jurídica en las que se había fundado.

Las políticas sociales del gobierno peronista no sólo coadyuvaron para lograr indicadores sanitarios o sociales importantes, sino que transformaron la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, la formación de los asistentes sociales pasaba por la detección de problemas y el armado de estrategias de socialización o resocialización.

Los años sesenta se caracterizan por la presencia de conflictos políticos e importantes cambios en lo social. El Tercer mundo emerge en la escena política mundial, como un espacio de marginalidad, generando nuevos

interrogantes para las ciencias sociales. Para muchos autores el Tercer Mundo, o “periferia de la civilización”, era el lugar de donde podía surgir una nueva concepción del hombre.

Esta década implicó nuevos desafíos para las prácticas del campo de lo social, se buscan nuevos marcos conceptuales y nuevas formas de explicación de fenómenos sociales emergentes. Los temas que preocupan son la desigualdad, la opresión y la elaboración de formas de intervención que sirvan para la construcción de ese “nuevo hombre”.

El fracaso de la estrategia desarrollista en nuestro país, y la aplicación de una política socioeconómica cercana al liberalismo, generaron desequilibrios regionales que aumentaron el empobrecimiento. Como consecuencia de este proceso, se produce una fuerte migración interna desde las regiones más empobrecidas hacia los grandes centros urbanos. Surgen así nuevos escenarios de intervención en la periferia de las grandes ciudades, llamados “villas miseria”, donde el Trabajo Social hará una serie de síntesis de tipo político y metodológico.

Las políticas sociales del desarrollismo siempre estuvieron vinculadas a las prácticas del Trabajo Social. Es así que “El desarrollo de la comunidad”, se constituye en una nueva estrategia de intervención, la cual alude a un tipo particular de intervención focalizada sobre los sectores desfavorecidos de la población. Esta idea de desarrollo, propiciada por las políticas sociales, se relacionaba con tratar de lograr las “condiciones previas” para alcanzar el progreso y la modernización en América Latina.

Cabe destacar que el funcionalismo tuvo gran influencia en el terreno de la intervención del Trabajo Social, a partir de la teoría de la modernización, que

proponía el pasaje de una sociedad tradicional a una sociedad moderna, y es allí donde el Trabajo Social se enunciaba como agente de cambio. Así, el sujeto de la intervención, en especial en el campo de la salud, será construido como un sujeto pasivo, “portador de problemas”, y la intervención se orientará a la “organización del bienestar”.

Es importante destacar como la noción de necesidad se corre del lugar de los derechos; la necesidad es una situación de carencia que atraviesan las personas, los “desviados sociales”. Así la intervención en lo social desde las políticas sociales, no se presenta como resultado de la aplicación de un derecho, sino como la cobertura de una falta que debe ser detectada por un técnico. A este tipo de intervención se la llama “tecnocrática-normativa”.

Por esos días los problemas sociales eran analizados desde una perspectiva crítica y política. Y es así que la politización en el campo de la salud, se expresa en una profundización del estudio acerca de los condicionantes estructurales del proceso salud-enfermedad. Es así que comenzará a utilizarse la noción de proceso, para aproximarse a la problemática de la salud saliendo de los esquemas ligados a las ciencias naturales como causas de la enfermedad. Se aplican nuevos modelos epidemiológicos desde donde surgen los conceptos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

También se lleva a cabo una reflexión más profunda sobre las características sociales de los problemas de salud; al mismo tiempo que la noción de planificación normativa comienza a aplicarse, haciendo más sistematizadas las prácticas en un proceso de apropiación de nuevas formas de comprensión del proceso salud-enfermedad.

La intervención desde las políticas sociales estuvo marcada por el “paradigma de la modernización”, donde se le atribuye al Estado un papel de modernizador de la sociedad, interviniendo sobre las “resistencias al cambio” y la implementación de políticas de “promoción de la comunidad”. Esta concepción atraviesa al Trabajo Social en el campo de la salud: la noción de la prevención se encuentra atravesada por lo normativo, tratando de disminuir la incidencia y prevalencia de problemáticas específicas.

Así comienzan a utilizarse en la intervención conceptos relacionados con los criterios de desviación, adaptación, marginalidad, disfunción, patología social, que también poseen un alto nivel de medicalización, retomándose tradiciones relacionadas con los orígenes para-médicos de la profesión.

La visión comunitaria de la salud, también significaba un intento de búsqueda de “participación” de la comunidad y también la necesaria puesta en escena de estrategias, formas y metodologías de intervención que salen del caso individual, comenzándose a aplicar dispositivos de tipo grupal y la adaptación del “desarrollo de la comunidad como método”. Este tipo de desarrollo es presentado como un proceso orientado hacia la educación. Surge así la figura de los “Agentes de Salud”, quienes desde la noción de “líderes comunitarios”, eran capacitados para obtener conocimientos sanitarios básicos. Así el Trabajo Social comenzaba a participar en forma cada vez más activa.

La intervención del Trabajo Social dentro del modelo tecnocrático-normativo o Desarrollista implicaba una apertura que generó algunas transformaciones y nuevos contactos con la realidad dentro de un contexto más politizado. De esta manera se fue gestando otro modelo de intervención denominado Reconceptualización.

Los textos más utilizados en esta época, en la formación de los Trabajadores Sociales, se orientaban hacia el desarrollo de la comunidad, el cual es presentado como un proceso dirigido hacia la educación, reafirmando los rasgos pedagógicos fundacionales de la profesión. Surge como relevante en esta etapa, la apropiación de técnicas, instrumentos y conocimientos que provienen de otras disciplinas.

La perspectiva "para-médica" de la profesión se expresaba en aquellos años dentro de las instituciones hospitalarias, encontrando dentro de este modelo dos perfiles diferenciados de demanda; ambos se relacionan con la inserción institucional de la profesión. Existe una diferenciación de la demanda en el ámbito hospitalario con respecto al ámbito comunitario.

En el campo más tradicional de intervención en salud se puede ver una separación de las prácticas en "institucionales" y "comunitarias" en la salud mental, que aparecía como un territorio "novedoso" de intervención. Por otro lado, el Trabajo Social recupera parte de su tradición "médica fundacional", incorporando preceptos provenientes de este campo.

La intervención social, en esos años, comienza a tomar otro tipo de orientación. Puntualmente en nuestro país la incorporación de técnicas de tipo grupal marca un cambio elocuente, vinculándose también con la intervención en la comunidad. La aplicación de técnicas grupales buscan de alguna manera centrarse en una perspectiva de "cambio social", tanto comunitario como institucional.

La Reconceptualización como modalidad de intervención es entendida como una corriente de pensamiento o movimiento que intentaba cambiar en forma relevante el presupuesto básico del Trabajo Social. De esta manera, la

intervención en salud se muestra en forma similar a las intervenciones anteriores relacionadas con el desarrollismo.

La intervención desde la Reconceptualización no va a proponer el desarrollo ni la modernización de la sociedad, su postura apunta al cambio de la misma. Estas ideas se ubican dentro del marco conceptual que, desde el Trabajo Social, se da en estrecha relación con el paradigma de la dependencia, el cual atravesaba a gran parte del pensamiento social y otras disciplinas como la medicina y la psiquiatría.

El paradigma de la dependencia surge en los sesenta poniendo en duda los supuestos del paradigma anterior, el de la modernización, su foco central será la contradicción centro y periferia. Es de carácter económico-estructural con influencia neo-marxista, e ilumina al sujeto del cambio: la clase trabajadora.

La Reconceptualización se propone el cuestionamiento y reformulación del Servicio Social, desde su metodología y práctica profesional, acomodándose a la realidad de un país dependiente que lucha por su liberación. La comunidad es un nuevo "lugar" de conocimiento, y es ella la que va a influir dentro de la institución hospitalaria. A su vez, dentro del hospital se observan cambios, en especial en los hospitales psiquiátricos, donde se transmiten dispositivos de intervención, esencialmente de tipo grupal y con una fuerte visión social de las problemáticas en salud mental. También desde el Grupo ECRO se plantean algunas cuestiones vinculadas con la intervención en el campo de lo grupal, otorgándose gran importancia a la cuestión interdisciplinaria.

El cambio de denominación de esta profesión (se pasa de "Servicio Social" a "Trabajo Social"), muestra nuevos horizontes para la profesión desde

la intervención y el desarrollo de investigaciones y transformaciones en los ámbitos académicos. Este cambio de nomenclatura implica la incorporación de nuevas formas de intervención y la redefinición de los marcos conceptuales.

De este modo, se transformaban las diferentes modalidades de intervención comunitaria en el campo de la salud. No se buscaba sólo la eficiencia de la aplicación de un programa en cuanto a mejorar determinados indicadores sanitarios, sino que se propone un objetivo superior: la generación y sustento de modalidades organizativas en la comunidad.

Durante la década de los sesenta y parte de los setenta, la aplicación de políticas neoliberales comenzaba a generar una serie de fracturas en el seno de la sociedad. Es así, que a mediados de los setenta comenzarán a expresarse una serie de contradicciones que abarcan desde la caída del modelo keynesiano de la economía y el derrumbe del Estado de bienestar a la irrupción de nuevas lógicas en la vida cotidiana.

En nuestro país se instala en 1976 una dictadura sangrienta que aplicará en forma sistemática el terrorismo de Estado, la desaparición de personas, la apropiación de bienes, el desmantelamiento del aparato productivo y la pérdida de una generación que será perseguida, fusilada o exiliada. Los otros, se transforman en ajenos, diferentes, extraños.

A partir de este golpe de Estado, todo el campo de ideas de la Reconceptualización ingresó en una etapa de retroceso. Se retomaban prácticas desarrollistas vinculadas con el funcionalismo, en la contradicción de la aplicación de estas ideas en un Estado de bienestar que comenzaba a ser demolido. La aplicación de los conceptos que sustentaron el campo de intervención del desarrollismo o del modelo tecnocrático-normativo, se orientó,

en un contexto de represión y terrorismo de estado, a la detección de situaciones de anomia, disciplinamiento y control de la población.

Las limitaciones al trabajo comunitario, el desmantelamiento del sector Salud en cuanto a prestaciones y camas hospitalarias, el desarrollo de políticas sanitarias restrictivas, marcan sus características en los años de la dictadura.

La aplicación de un modelo neoliberal comenzaba a expresarse a través de políticas de achicamiento del Estado, reducción de la capacidad instalada (en número de camas, prestaciones y servicios) e incorporación de arancel en los hospitales públicos. Estas cuestiones significaron situar gran parte de la intervención del Trabajo Social en la elaboración de “encuestas sociales” para la determinación del pago o no de aranceles.

A partir de la década de los ochenta, junto con la recuperación de la democracia, una serie de sucesos impactan en forma relevante en la intervención del Trabajo Social y en todas las disciplinas del campo de la salud.

El derrumbe del Estado de bienestar genera la gestación de políticas restringidas, residuales y con tendencia a la focalización. De esta manera se ingresaba a un contexto de aplicación de políticas sociales y de salud donde la lógica del costo-beneficio y la preeminencia del mercado quedarán por encima de la accesibilidad. Este proceso también se caracteriza por la pérdida de recursos humanos en el sector salud y el desarrollo de tendencias de capacitación que repiten es esquema focalizado de los programas sociales.

El Trabajo Social se encuentra en ese momento en un punto de tensión en el cual se circunscriben las posibilidades de respuesta desde las políticas sociales y, por otra parte, se incrementan las demandas hacia los servicios sociales como efecto de la crisis socioeconómica que atraviesa la Argentina.

Por otra parte, el discurso de los organismos internacionales comenzaba a justificar el desmantelamiento del Estado y el desarrollo de la acción social desde la “sociedad civil”. Así, el Estado Social comenzaba a ser “reemplazado” por las ONGs y el mercado, generándose también una etapa de neofilantropización que también se expresará en el campo de la salud.

En esta forma de intervención, lo que sobresale es la visión participacionista del abordaje social en el campo de la salud, con nuevos intereses y horizontes dentro del trabajo comunitario (crecimiento de la lógica del mercado, aparición de formas asociativas novedosas y una fuerte participación).

Los nuevos espacios de intervención en los ochenta, serán los “asentamientos” que se producen por la toma de tierras. También una resignificación del espacio barrial implicó nuevas estrategias de intervención. La sociedad de fomento comenzaba a sufrir crisis de representación y legitimidad, mientras que paralelamente se construían otras formas organizativas relacionadas con problemas más sectoriales y recortados temáticamente.

En este contexto, se inicia una significativa crisis en la administración de recursos, relacionada con el achicamiento de las políticas sociales, las que adoptan un carácter de tipo residual. Otro tema que surge en esta década es el de los “nuevos pobres” apareciendo nuevos actores sociales que demandarán de manera novedosa a los servicio de salud.

El tipo de intervención que crece dentro del campo de la salud, es el de la “participación”; el mismo proviene de influencias de desarrollos en otros países de América Latina. Es así que el Trabajo Social se fija en un “espacio

contradictorio”: el de las relaciones entre el Estado y las Organizaciones Populares. Desde esta perspectiva la profesión se propone como alternativa popular para el orden social; a su vez, el Trabajo Social Alternativo reconoce la dimensión política de la práctica, pero resaltando que se trata de una actividad profesional.

Por otro lado, La Organización Panamericana de la Salud propondrá la estrategia de SILOS (Sistemas locales de salud) como forma de instrumentar el trabajo comunitario; ésta se diferencia de las intervenciones comunitarias anteriores, desde una búsqueda del “capital social” de la comunidad, en un contexto de crisis de recursos y de acciones focalizadas que comienzan a multiplicarse.

De esta forma, desde la salud, surgen líneas de intervención similares al desarrollo local, lo que implica incorporar el lenguaje de los organismos internacionales desde la práctica dentro del campo de la salud.

A su vez, las producciones del Trabajo Social en el campo de la salud se relacionan con la actividad dentro de las instituciones hospitalarias, donde se resignifican actividades o se crean programas nuevos en base a esta nueva modalidad de intervención y su relación con el contexto y las transformaciones en el campo de las ciencias sociales.

Las prácticas profesionales tanto dentro de la esfera del Estado, las ONG, y hasta en el sector privado, comienzan a registrar en la década del noventa, la existencia de una composición social cada vez más heterogénea dentro de un proceso de fragilidad en los lazos sociales y situaciones de “caída”.

Otro tema sobresaliente dentro del campo de la intervención se vincula con el impacto de la crisis del Estado y en la propia práctica del Trabajo Social. Pero la cuestión se relaciona con los importantes cambios acerca de la visión de problema social que existe en las instituciones donde se actúa. En este punto se entrecruzan cuestiones relacionadas con las representaciones sociales, la construcción simbólica de la profesión y las construcciones previas de ésta. En este aspecto, la práctica se aleja desde sus supuestos fundacionales, conviviendo con una representación social que aún lo asocia solamente con la administración de recursos en poblaciones homogéneas.

Esta modalidad de intervención ha comenzado a ser resignificada a partir de la propia crisis del Estado y de las políticas sociales. Desde esta perspectiva, la administración de recursos, pierde validez como instrumento de integración.

Las instituciones de salud sufren el impacto de la crisis, no sólo desde las políticas sociales residuales o focalizadas, sino también desde las nuevas demandas hacia éstas. En algunos aspectos son descritas como burocráticas y con dificultades de dar respuestas operativas.

El Centro de Salud en los noventa, aparece como el lugar más flexible, pero dentro de los hospitales generales y especializados, se van construyendo diferentes espacios que intentan dar cuenta de las nuevas demandas. Desde la escucha del paciente se trató de intervenir institucionalmente, tratando de generar un espacio de mayor contención, pero relacionado con la singularidad del paciente.

Aún así, el mercado continúa actuando como disciplinador social. El desempleo, la desigualdad y la violencia son parte de la vida cotidiana. Así,

desde la intervención en lo social, la integración de la sociedad se presenta como un horizonte remoto, pero no imposible. De esta manera, la nueva cuestión social se refiere al problema de la propia integración social.

Estos nuevos temas se reflejan en las instituciones y en las prácticas que allí se desarrollan, generando nuevas formas de interpelación hacia éstas, las que se desenvuelven en marcos institucionales “previos” a estos acontecimientos ubicándolos desde otro plano en una crisis de legitimidad.

Así, la denominada cuestión social, comienza a hacerse visible e interpela y genera nuevos interrogantes que van desde las formas de intervención hasta la necesidad de nuevos diálogos con los marcos teóricos que las sustentan.

Es un contexto heterogéneo y sumamente complejo, donde los viejos problemas de salud adquieren nuevas connotaciones, aparecen nuevas formas de demanda que son entendidas como expresiones del padecimiento subjetivo.

La actualidad está signada por la fragmentación de la sociedad, la ruptura de lazos sociales y la crisis de representación. Hay una pérdida de soberanía, prevalece la individualidad expresada en “ciudadanías recortadas” que dificultan la inserción de cada miembro de la sociedad en el mercado. Desde esta perspectiva, la salud también es leída como un fenómeno individual, algo que queda bajo la responsabilidad del sujeto, fomentando la fragmentación y permitiendo el agrupamiento por patologías.

La intervención en lo social implica por un lado generar estrategias de recuperación de aquello que la crisis fragmentó; pero es también un espacio de interacción entre el Estado y la sociedad. La intervención también construye formas de relación entre lo macrosocial y lo micro, en este sentido se trata de

generar espacios de encuentro, de diálogo, entre los diferentes campos de saber en el ámbito de lo social que tratan de generar acciones de asistencia. Para esto es necesario conocer cuáles son los nuevos padecimientos sociales y la incumbencia de los campos del saber sobre ellos, y al mismo tiempo, es oportuno repensar los modelos de asistencia desde una perspectiva integral que abarque a todo el sistema de salud.

La comprensión del espacio familiar en el contexto actual puede aportar a la resignificación de la intervención partiendo de entender que los múltiples atravesamientos en nuestra sociedad condicionan el lugar de la vida familiar. Cada persona tiene la idea de “ser de la familia” que puede estar atravesada por una matriz hegemónica del “deber ser” como orden natural, que deviene de la relación entre el “ser” de la familia y la sociedad. Nuestro mundo occidental desde los inicios de la modernidad y especialmente a partir de la Revolución Industrial, se consolida el modelo de familia nuclear (padre-madre-hijos). Desde la cultura liberal a partir de la idea de hombre libre, la familia se inicia con la libre elección de los miembros de la pareja, en la cual la afectividad debe tener signo positivo siempre y debe reinar la tolerancia y la armonía, basamento del amor y la felicidad.

Es preciso tener en cuenta las variantes que van surgiendo respecto de la familia nuclear y extensa, sin perder de vista que la familia nuclear está instituida y legitimada en términos de responsabilidades, de funciones y roles asignados socialmente desde lo jurídico normativo y desde la moral religiosa conservadora, disociando el mundo de lo público y el mundo de lo privado, de la producción y de la reproducción social.

Convergen muchas causas, situaciones y realidades, cuya consecuencia puede ser el embarazo en la adolescencia. Se suman las características individuales, las historias familiares, sus valores y normas, el contexto social, las características culturales y el fuerte impacto que ejerce el modelo social dominante en la cultura adolescente. Es por esto que el abordaje de esta realidad no puede hacerse en forma individual sino a través de un trabajo en equipo interdisciplinario.

Los adolescentes que atraviesan la puerta de un hospital o un Centro de Salud, lo hacen muchas veces con temor y desorientación. El sistema de salud debe contribuir para que el servicio sea receptivo para estos jóvenes y no se convierta en un mero agente expulsor.

Más que un problema en sí mismo, el embarazo en la adolescencia debe entenderse en función de los múltiples procesos a los que está asociado y a las significaciones que este adquiere en cada cultura y grupo social.

Adhiriendo a la definición dada por Eroles, C. cabe preguntar *¿Cómo contribuye el Trabajo Social, desde su finalidad transformadora puesta al servicio de la promoción, la constitución del sujeto y la construcción de ciudadanía, con el acceso a los recursos materiales y simbólicos necesarios para la apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos?* Desde esta orientación conceptual será abordado el presente trabajo.

Metodología

La metodología propuesta se realizó desde un enfoque cuanti-cualitativo y remite a un estudio exploratorio descriptivo.

Los datos cuantitativos son poderosas herramientas para dibujar la realidad social; ellos pueden captar procesos y relaciones globales. Este tipo de información, que también es un lenguaje del poder, muchas veces puede ayudar a entender datos concretos de la realidad, pero es mucho más difícil que los datos cuantitativos expliquen porqué el mundo es como es.

Por el contrario, la investigación cualitativa permite un acercamiento a las experiencias y puntos de vista de los actores sociales que se consideran relevantes conocer. Permite ir más allá de lo que se toma por dado, de los presupuestos de la realidad social: primero, porque toma en serio el conocimiento, experiencia, perspectiva de esa misma gente; segundo, porque abarca a la complejidad de la vida real, y tercero porque las metodologías cualitativas son flexibles, dejando lugar a que se incorpore lo que el investigador va aprendiendo en el proceso.

El enfoque sobre lo cualitativo es importante no solamente porque acerca a las verdades vividas de las personas, sino también porque es una perspectiva más concreta sobre las experiencias y las perspectivas de los actores sociales necesarias para desarrollar políticas sociales eficaces.

Las investigaciones descriptivas se proponen conocer grupos homogéneos de fenómenos utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura y comportamiento. No se ocupan de la verificación de hipótesis sino de la descripción de hechos a partir de un modelo teórico definido previamente. Según Sabino *“son las investigaciones descriptivas las*

más recomendables para una tesis de grado” (Sabino:1998). Permiten poner de manifiesto los conocimientos teóricos y metodológicos dado que una buena descripción parte de el manejo de un Marco teórico que permita integrar los datos y un suficiente rigor como para que éstos sean confiables, completos y oportunos. Se trata de investigaciones descriptivas y explicativas, ya que, si la descripción de un fenómeno es suficientemente completa, se relacionan entre sí las variables utilizadas para hacerla y si se emplean adecuados criterios teóricos para analizar los datos, se obtendrá al final un posible entendimiento que es la explicación.

En esta investigación se comenzó con un análisis estadístico de los registros del período 2008 del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “D.V. Tetamanti”, del cual se obtuvo información para caracterizar la población. El Universo de estudio definido como *“la totalidad de un conjunto elementos, seres u objetos que se desea investigar y de la cual se estudia una fracción que se pretende que reúna las mismas características y en igual proporción” (Ander-Egg:1982:179)*, está configurado por el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “D.V. Tetamanti” y los Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Mar del Plata.

La unidad de análisis la constituyen:

- Madres adolescentes que dieron a luz en este hospital durante el año 2008.
- Trabajadores Sociales que cumplen funciones en el área de maternidad del HIEMI.

- Referentes del Programa Salud sexual y procreación responsable de Mar del Plata
- Coordinadores de los Centros de Atención Primaria de la Salud
- Trabajadores Sociales de los Centros de Atención Primaria de la Salud.

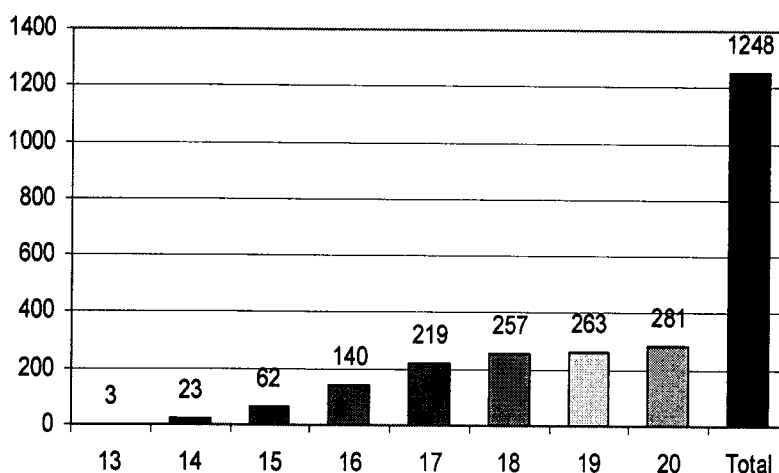
Para la indagación acerca de la intervención social en el marco del programa Nacional de Salud Sexual y Procreación se realizaron entrevistas semidirigidas a Trabajadores Sociales que cumplen funciones en el área de maternidad del Hospital. De esta forma se efectuó una aproximación a la especificidad del Trabajador Social respecto de la temática abordada. Para el estudio de la implementación del Programa de Salud Sexual y Procreación se realizaron entrevistas semidirigidas a Trabajadores Sociales, Referentes Provinciales y municipales y coordinadores de Centros de salud considerando fundamental el conocimiento de las acciones desplegadas desde la Atención Primaria de la Salud.

Las técnicas utilizadas fueron la observación documental de registros estadísticos, legislación vigente, Programas, memorias y documentos del HIEMI y las mencionadas entrevistas semidirigidas y encuestas.

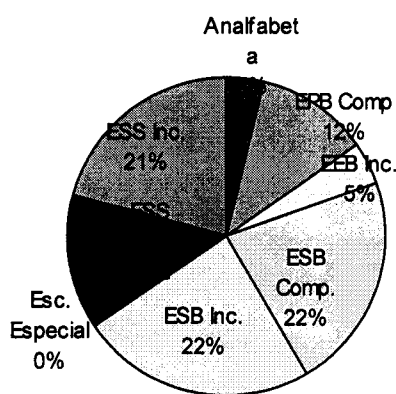
Caracterización de la población

Total de madres adolescentes

Son 1248 madres adolescentes comprendidas entre las edades de 13 a 20 años. El número de las



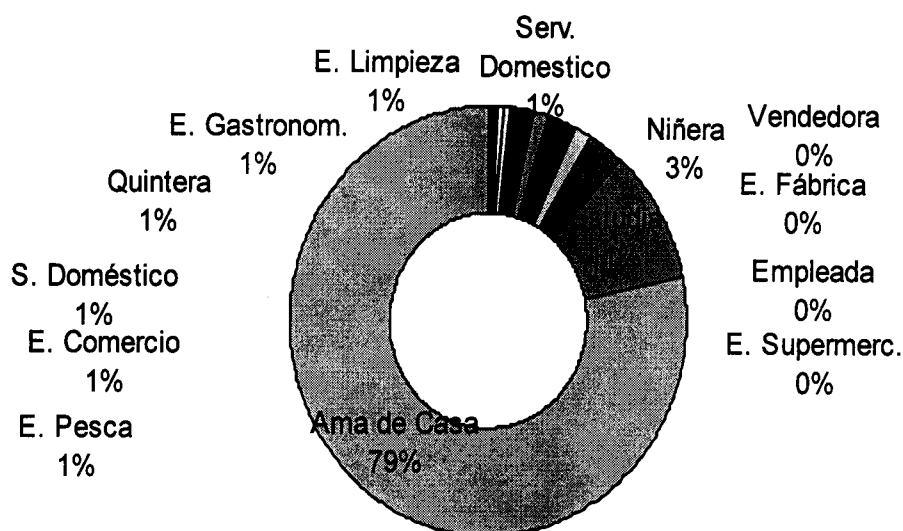
mismas aumenta en relación al progreso de la edad. Así se puede observar, que mientras las niñas de 13 años, que tuvieron familia son 3, las de 20 son 281. **Gráfico 1.**



Nivel de instrucción formal de las madres adolescentes

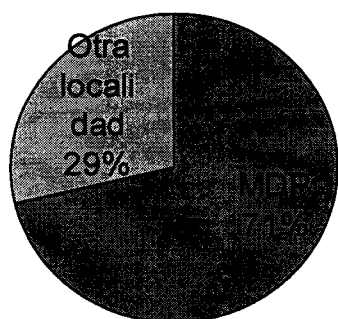
En cuanto a su nivel de instrucción formal, hay que considerar que las menores de 13 años abandonaron su instrucción, hay un 4% de adolescentes analfabetas, y un porcentaje mínimo que ha concurrido a escuela especial. En la Enseñanza Primaria Básica un 5% es incompleta y un 12% de ellas, la han completado, en cuanto a Enseñanza Superior Básica el porcentaje de completo es igual a las que no la han completado y la Enseñanza Secundaria Superior incompleta hay un 21% y completa solamente 14%. Cabe aclarar que estos datos son según las edades de las madres. **Gráfico 2.**

Ocupación de las madres adolescentes



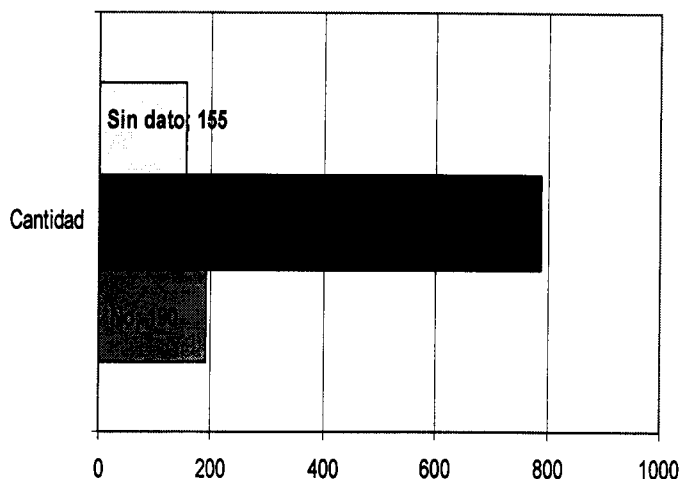
Las madres adolescentes desempeñan distintos trabajos tanto a nivel formal como informal. Cabe aclarar que el 79% de las que son amas de casa, no necesariamente lo han manifestado, sino que corresponde a que no trabajan ni estudian. Las madres de 18 en adelante son las que generalmente se encuentra empleadas, ya sea en el servicio doméstico (trabajo informal), en la limpieza (fábrica), en el pescado, entre otras. **Gráfico 3.**

Procedencia de las madres



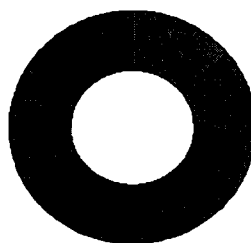
En cuanto al lugar de procedencia de las madres adolescentes un 71% son de Mar del Plata y un 29% son de otra localidad o país limítrofe. **Gráfico 4.**

Parejas de las madres adolescentes



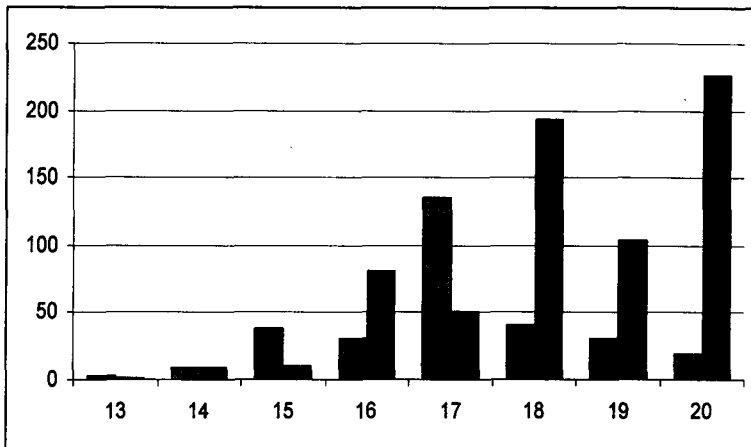
En referencia a las parejas de las madres, el 87% si tiene pareja, un 13% no. Dentro de las madres de 13 años existen 2 que tienen pareja y 1 que no. De las adolescentes de 14 años 18 tienen pareja y 5 no. De las adolescentes de 15 años 40 tienen parejas y 13 no. **Gráfico 5**

Convivencia de las madres con su pareja.



En cuanto a la convivencia un 86% de las madres convive con su pareja, y un 14% no convive. **Gráfico 6.**

Convivencia según la edad de las madres con sus parejas.



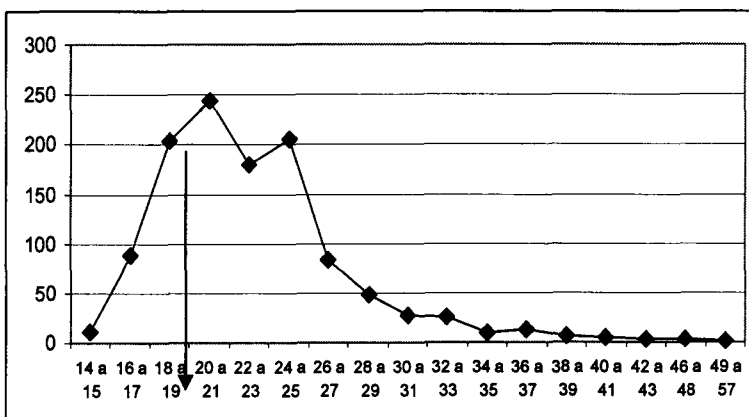
En el siguiente gráfico se puede observar que las

adolescentes de todas las edades conviven con su pareja, en general con el consentimiento de sus padres y las más pequeñas, 13, 14 o 15 años conviven con la familia materna. **Gráfico 7.**

Referencias:

Si ■ No ■

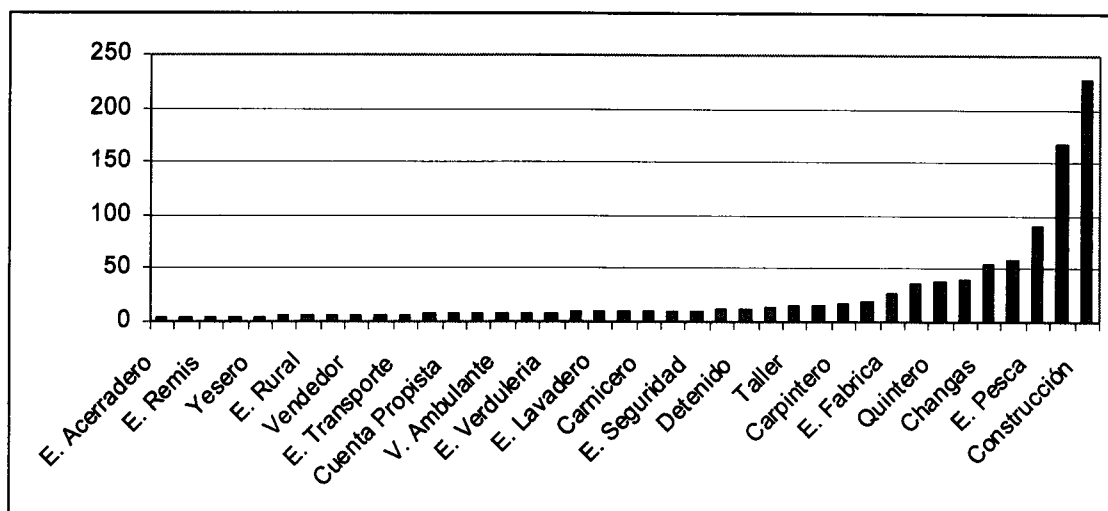
Edades de las parejas de las madres



En relación a las edades de las parejas de las madres se observa que es variada, y están comprendidas entre los 14 años hasta los 57 años.

Gráfico 8.

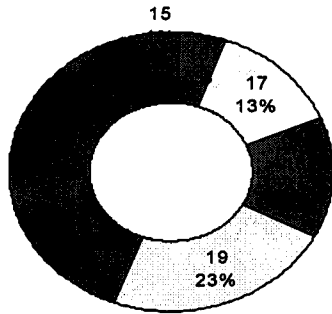
Ocupación de las parejas de las madres M.



Al igual que las madres el trabajo de sus parejas se inscribe tanto en el plano de lo formal como de lo informal, como se puede observar en el gráfico anterior.

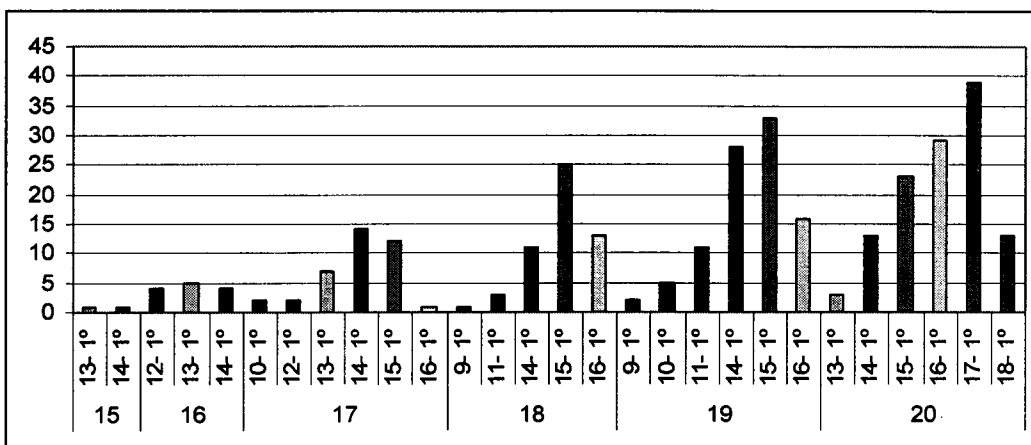
Gráfico 9.

Madres adolescentes que tienen otro hijo



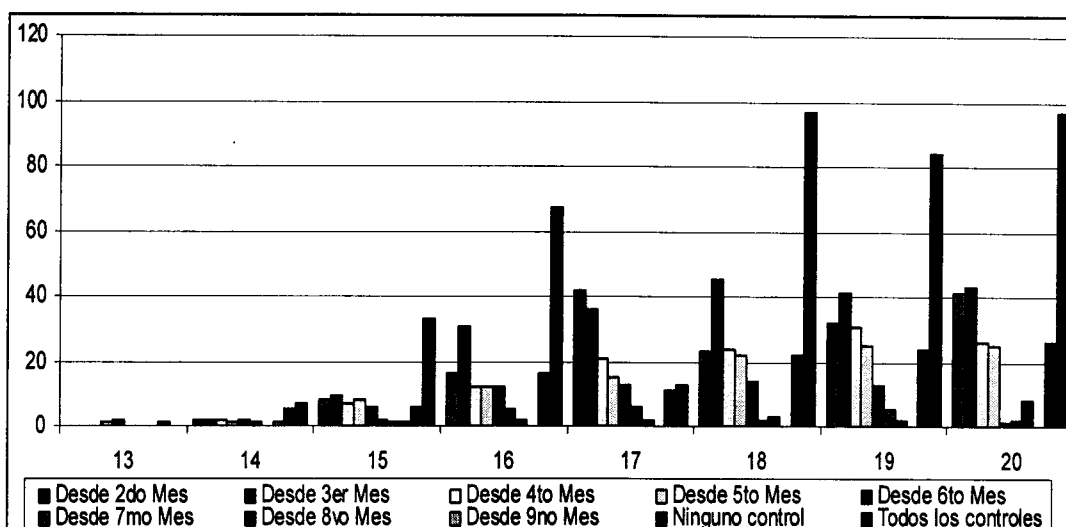
Del total de las madres tuvieron otro hijo 381 de ellas (31%), es decir, para el 867 fue su primer hijo (69%). **Gráfico 10.**

Cantidad de madres menores con otros hijos



Si se discriminan por edades que tuvieron du primer hijo, los datos son significativos, puesto que algunas de ellas comenzaron a los 13 años. **Gráfico 11.**

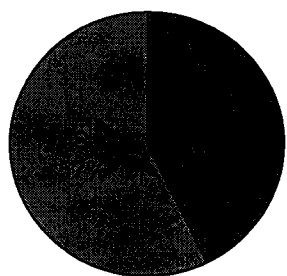
Control del embarazo de las madres menores



El 71% de las adolescentes que pertenecen a Mar del Plata controlaron los embarazos en los Centros, Subcentros o postas sanitarias, como así también, en un alto porcentaje en consultorios privados.

En este gráfico se relacionaron dos variables: la edad y la cantidad de controles, que como se observa las más pequeñas, comienzan en una etapa avanzada del embarazo con los controles. **Gráfico 12.**

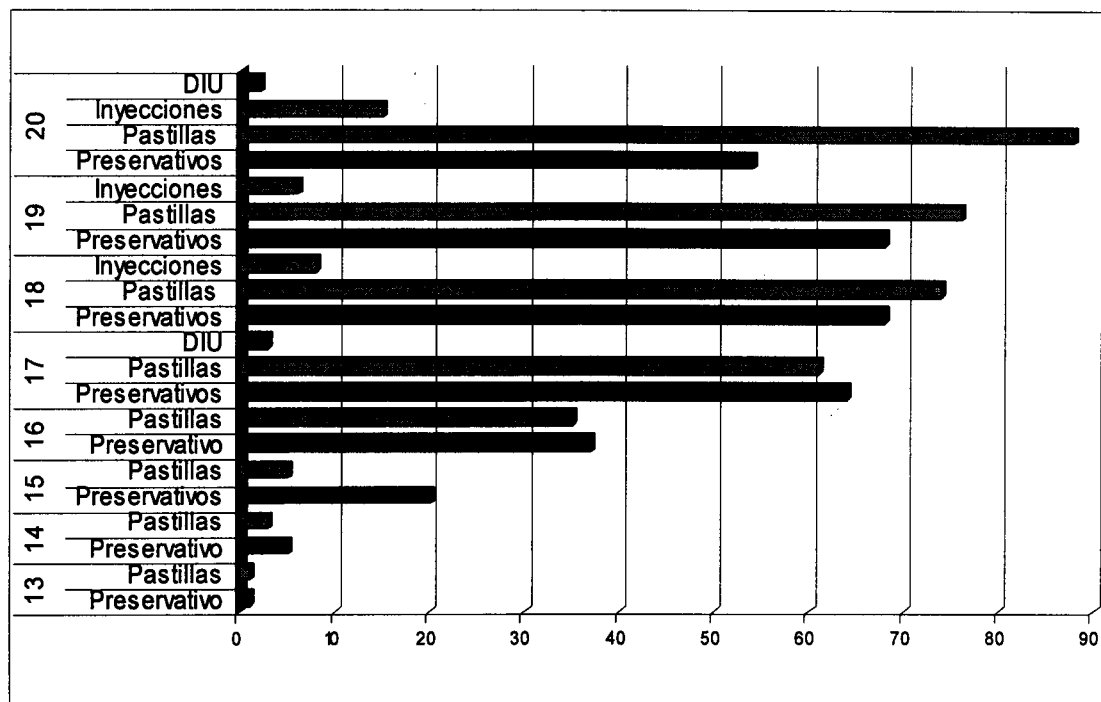
Utilización de Métodos anticonceptivos



En relación a la utilización de métodos anticonceptivos, un 57 % refirieron que nunca habían utilizado y un 43 % habían adquirido algún método anticonceptivo.

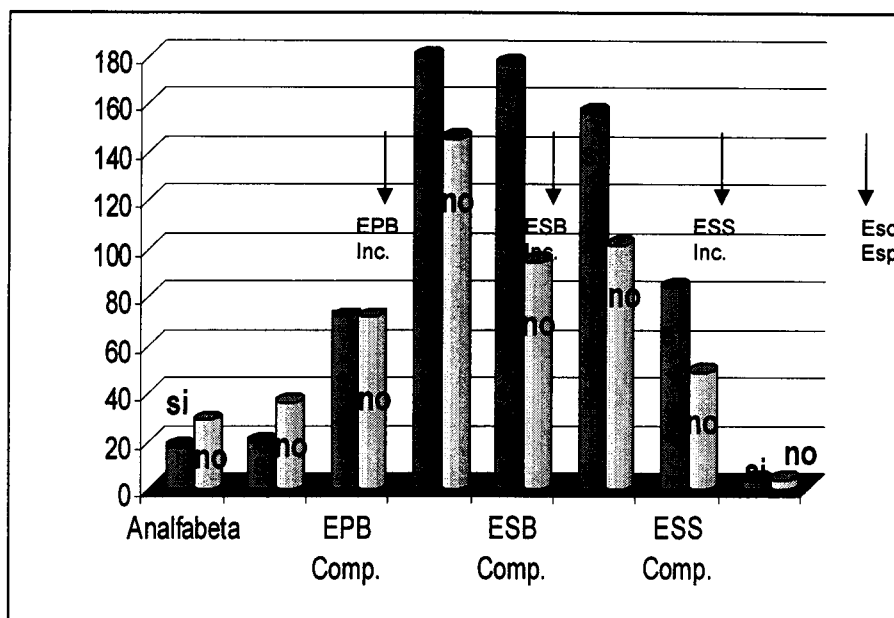
Gráfico 13.

Métodos anticonceptivos usados por las madres



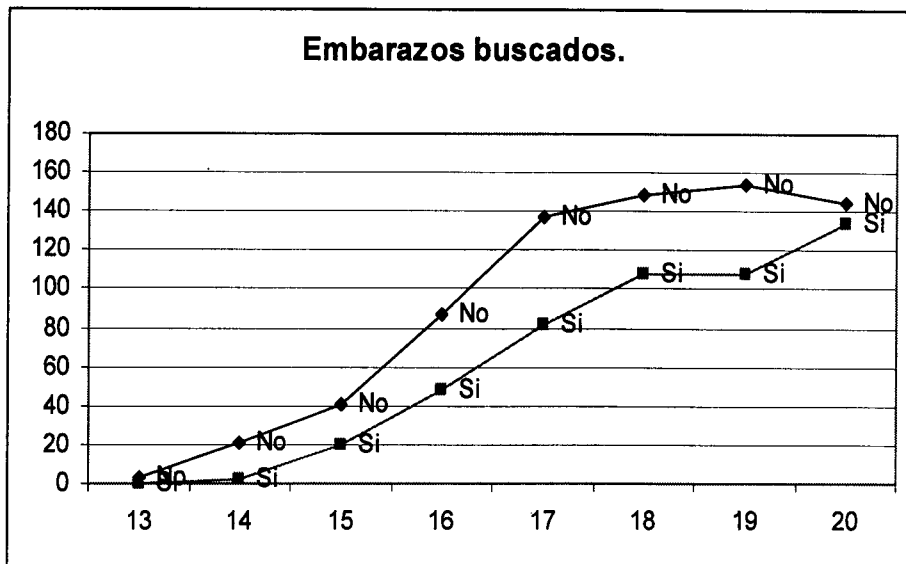
En el gráfico se visualiza que a medida que las adolescentes tienen más edad el método anticonceptivo es más variado, incluso algunas combinaron en algún momento pastillas y preservativos (2%). El total de madres que utilizaron preservativos es de un 49%. El 44% ha optado por pastillas, 4% inyecciones (este porcentaje corresponde a las mayores en edad) y por último el 1% eligió el DIU como método de anticoncepción. **Gráfico 14.**

Método anticonceptivo según Nivel de instrucción de las madres



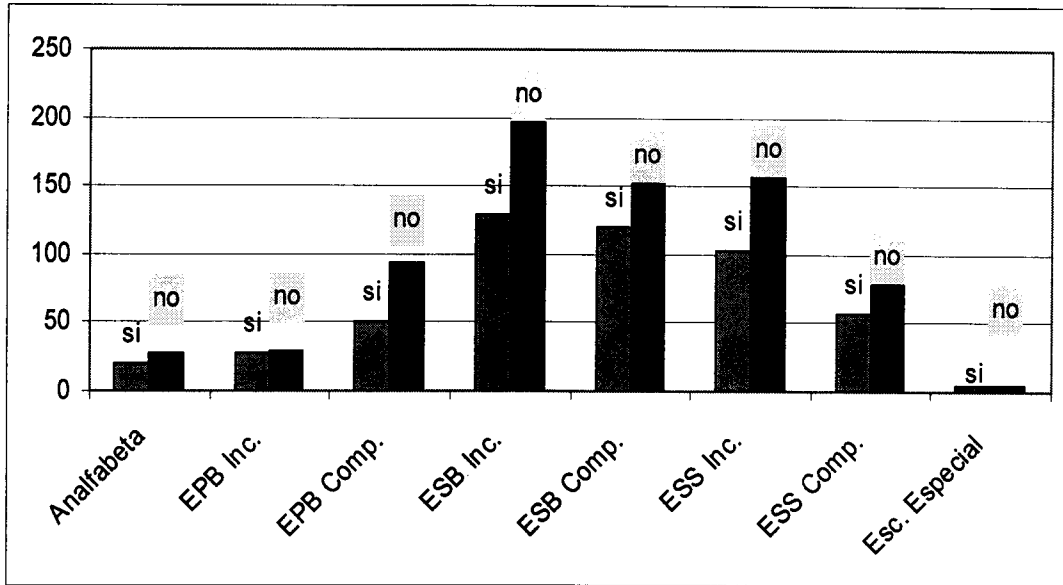
Al combinar las variables nivel de instrucción y uso de métodos anticonceptivos se observa que a mayor nivel de instrucción mayor conocimiento, aunque también es alto la no utilización de los mismos. **Gráfico 15.**

Embarazos buscados o no de las madres



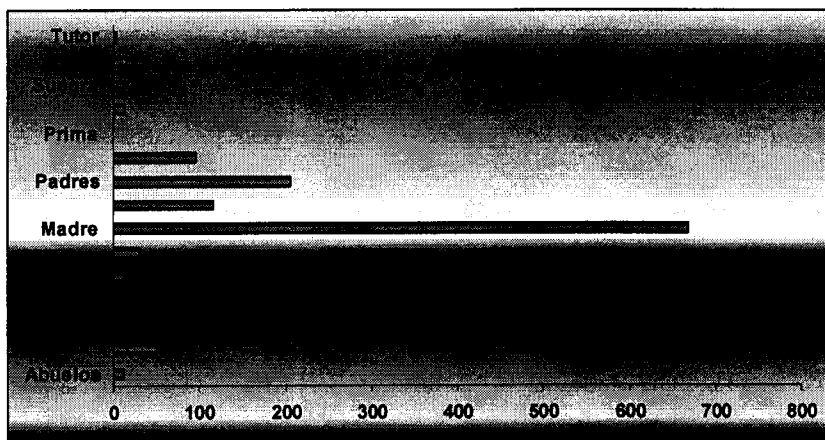
En relación a si el embarazo fue buscado o no, puede observarse que hay un porcentaje mas elevado de aquellas adolescentes que manifestaron no haberlo buscado, siendo considerablemente menor el número de adolescentes que sí lo han hecho. **Gráfico 16.**

Embarazo según nivel de instrucción

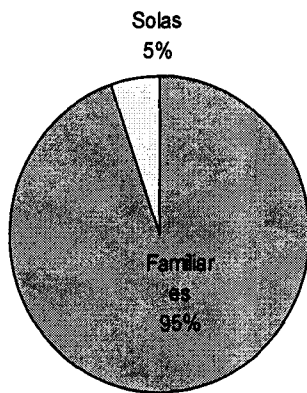


Si se relacionan las variables embarazo buscado con nivel de instrucción formal de las madres se visualiza que las adolescentes cuando tienen mayor nivel de instrucción mayor posibilidad de elegir tener un hijo. **Gráfico 17.**

Egreso hospitalario de las madres adolescentes

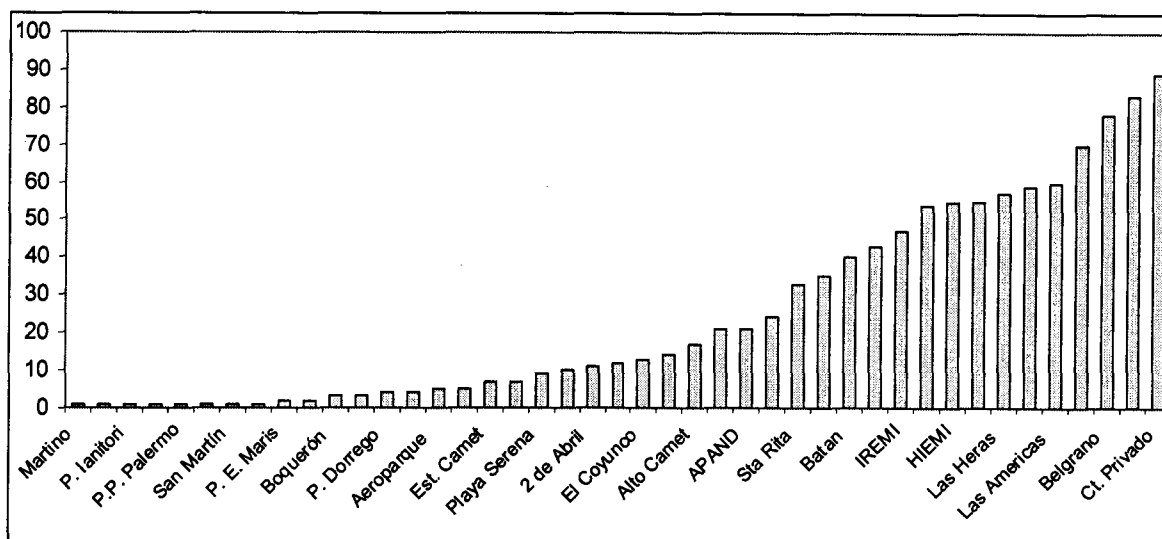


Al egreso hospitalario, las adolescentes deben retirarse con un familiar directo adulto presentado DNI de la persona que lo retira y la partida de nacimiento a fin de acreditar el vínculo, contando con el DNI del recién nacido. En general egresan con su madre, padre o ambos, aunque también lo han hecho con otros familiares de ellas o de su pareja. **Gráfico 18.**



En el gráfico se puede ver que el 95% de las madres adolescentes cuentan con familiares, ya sea de ellas o de su pareja que le brindan apoyo, y un 5% están emancipadas o egresan bajo su responsabilidad. **Gráfico 19.**

Control del embarazo según centros de atención



El último gráfico representa los Centros de salud, subcentros, unidades sanitarias y postas del partido de General Pueyrredón, habiendo una cantidad importante de madres que se controlaron el embarazo en consultorios privados y luego tuvieron su hijo en el HIEMI. **Gráfico 20.**

El total de las madres adolescentes que tuvieron sus hijos en el HIEMI fueron 1248, entre las edades comprendidas de 13 a 20 años. Un 6% comprendidas entre 13 a 14 años y un 94% entre 15 y 20 años.

Si bien las comprendidas entre los 13 a 14 años ocupan el menor porcentaje, es importante comprender que factores desencadenantes influyeron para que estas adolescentes tuvieran un hijo. Esto también es un factor relevante a tener en cuenta para todas las adolescentes encuestadas porque se puede visualizar que aún las de 19 o 20 años que durante el 2008 tuvieron familia, han sido madres a edades muy tempranas.

En cuanto al nivel de instrucción formal, el 96% están o estuvieron desde el primario hasta la escuela secundaria superior completa.

Se visualizó que la mayoría de las madres adolescentes tienen pareja (87%) y conviven (86%), desde edades tempranas.

Las edades de las parejas de las madres son variadas, comprendidas desde los 14 a los 57. Siendo el mayor porcentaje las edades entre de 20 a 25 años.

Tanto la ocupación de las adolescentes como la de sus parejas, se inscribe principalmente a nivel informal. Respecto a la pareja el 27% trabaja en la construcción, desempeñándose de albañil o peón de albañil. Luego le siguen con 13% los que están desocupados, realizan changas o cirujean, un 11% los que están en la pesca, y el 2% están privados de su libertad. La ocupación principal de las madres adolescentes se presenta en el ámbito doméstico.

Los datos anteriores denotan un porcentaje bajo de los adolescentes en el nivel formal ocupacional, por lo que no cuentan con cobertura de salud previsional.

El 31% de las madres tuvieron hijos anteriores al año 2008 y a medida que aumentaba la edad de las madres también lo hacía el número de hijos. A partir de los 15 años tenían un hijo, de 16 a 20 años tenían entre dos a tres hijos. Para el 69% era su primer hijo.

El control del embarazo de las madres adolescentes es mayor a partir de los 18 años, ya que las de 13 a 16 años han comenzado el mismo entre el 3 o 4to. mes de la gesta.

En la utilización de métodos anticonceptivos, el 57% manifestó su uso y un 47% no. El 49% optó por preservativos, un 44% por pastillas, un 4% inyecciones (este porcentaje corresponde a las mayores en edad), y por último, un 1% eligió el DIU como método de anticoncepción.

Al combinar las variables nivel de instrucción con uso de anticonceptivos se visualiza que a mayor nivel alcanzado por la madre mayor su uso de los mismos.

El embarazo entre las edades de 13 a 18 años generalmente no aparece como buscado, sin embargo, algunas de estas madres ya han tenido hijos anteriores y no han usado frecuentemente un método anticonceptivo. En cambio, la franja etárea de 20 años, manifiesta haber buscado el embarazo.

Es importante señalar que la mayoría de las madres adolescentes cuentan con una familia (materna o paterna de ellas o de su parejas 95%) y un 5% están emancipadas o egresadas bajo su responsabilidad.

Caracterización del Servicio Social y el área Maternidad del HIEMI

Historia/origen del Servicio Social

En 1960 el profesional de Servicio Social era contratado por la Asociación Cooperadora. La función que tenía era la de evaluar qué persona tenía la necesidad de acceder a determinados recursos. Esta era una manera voluntaria y con un marcado sentido de beneficencia.

En 1970 desde el Ministerio de Salud se implementa una política sobre áreas institucionales manejadas por programas. Primeramente el Programa de Lactantes, como forma de controlar y contrarrestar la mortalidad infantil que se venía produciendo en ese entonces. Dicho programa consistía en el control del niño sano y la entrega de leche a niños de 0 a 1 año y medio de edad. La función del Trabajador Social era la de evaluar los diferentes casos y llevar un control y seguimiento de los mismos. Otro de los programas que se implementaron específicamente en Hospitales fueron el Programa de Tuberculosis y el Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual, en los cuales intervenía un profesional de Servicio Social. También intervenía un profesional de Servicio Social en el Servicio de Odontología; ampliándose en este periodo, su campo de intervención.

Si bien existían profesionales de Servicio Social en diferentes áreas del hospital, los mismos trabajaban de forma articulada, no existía ningún tipo de vinculación entre ellos. A fines del año 1970 los profesionales de Servicio Social se unifican y se crea un Servicio Social como tal.

En 1980 el Servicio Social se organiza como un servicio más del hospital, pero el único factor que unía a los profesionales era la permanencia

de los mismos en un mismo espacio. No existían reuniones de equipo, ateneos, etc.

En 1996, el plantel profesional se hallaba integrado por 16 profesionales de planta permanente. Debido a retiros y jubilaciones, y la falta de nombramientos el mismo se vio reducido a un 50%. En 1999, ingresaron dos profesionales en calidad de becarios.

Paralelamente, a partir del año 1997, al inaugurarse el nuevo edificio del HIEMI, aumentaron el número de cama de internación y como consecuencia la necesidad de incrementar el recurso humano de Trabajo Social.

El Servicio Social en ese mismo año, asume la responsabilidad de evaluación social de las pacientes madres menores de edad, 130 personas aproximadamente (hasta ese entonces se judicializaban)

En la misma época, en el H.I.E.M.I. se inaugura la Sala de Internación de Oncología, que requiere de un profesional capacitado en el área.

Actualmente, el Servicio Social está organizado y funciona de manera eficiente. Existe un verdadero trabajo en equipo entre los profesionales. Se realizan reuniones, un ateneo semanal los días miércoles, etc.

Al mismo tiempo se interviene de forma articulada con los diferentes servicios del hospital, siendo uno de los ejes de la intervención las interconsultas que se realizan al Servicio Social. Es de destacar que los trabajadores sociales se encuentran integrados en todas las áreas del hospital trabajando interdisciplinariamente en el estudio, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de paciente.

Estructura y organización

La conducción del Servicio Social se realiza a través la Jefa del Servicio que lleva a cabo funciones de supervisión y control en relación a los demás profesionales del sector.

Al estar inscripto en el marco de un hospital de alta complejidad, desde el servicio social se trabaja principalmente en las situaciones agudas, intentado articular, al momento de la externación del paciente, el seguimiento con las instituciones de salud que trabajan en el nivel primario de atención, con otras instituciones que ameriten intervención en el caso, como los son los CPDN (Centro de Protección de los Derechos del Niño), el Tribunal de Familia y la Asesoría de Menores y Hospitales de mayor o menor complejidad, entre otros. Cabe destacar que en ciertas ocasiones se realizan derivaciones desde el servicio social hacia las entidades mencionadas, debido al agotamiento de los recursos o por al falta de competencia para la resolución de problemas.

Debido a que el HIEMI atiende a pacientes de hasta 15 años de edad y mujeres embarazadas a partir del octavo mes de embarazo o antes, en embarazos de riesgo; las intervenciones se llevan a cabo con las familias de esta población.

Objetivos Generales:

- Investigar los aspectos relacionales, socio – ambientales, su incidencia en el proceso salud – enfermedad del paciente, su grupo familiar, red familiar ampliada y comunidad en la que vive.
- Facilitar la integración del enfermo y su grupo familiar a la institución,

durante el periodo de internación, creando situaciones que favorezcan la comunicación, cooperación, participación y respeto por el otro, para la recuperación y promoción de la salud.

- Estimular en los pacientes y en su grupo familiar la máxima puesta en marcha de sus recursos como sujetos de su propia salud integral.
- Favorecer la sistematización y evaluación del trabajo cotidiano.
- Crear y sostener un espacio de Docencia, con los profesionales del Servicio Social, con estudiantes de Pregrado de la Carrera Lic. en Servicio Social (U.N.M.D.P.), Residentes de Trabajo Social y otros destinatarios.

Objetivos Específicos:

- Participar en el tratamiento del paciente, con el aporte del diagnóstico y aspectos sociales de la problemática al equipo interdisciplinario.
- Estimular, afianzar y promover el desarrollo de los recursos personales y Factores Protectores del paciente y su familia, para atenuar o neutralizar los Factores de Riesgo.
- Lograr una eficiente coordinación con los Centros de Salud y otras Instituciones para no demorar el egreso hospitalario, asegurar la continuidad del tratamiento, prevenir reingresos.
- Formar parte activa de Comités o Equipos interdisciplinarios para el estudio, diagnóstico y tratamiento de patología específicas, como Diabetes, Fibrosis Quística, Violencia Familiar.
- Abordar específicamente situaciones problemáticas relacionadas con el binomio madre – hijo (obstetricia), prevenir el abandono del recién nacido, orientar sobre Adopción, Patria Potestad, etc.

- Realizar la derivación del recién nacido sano a los Centros de Lactantes de la ciudad.

- Con respecto a la Menor – Madre: prevenir el abandono de la madre y su hijo, fomentar la documentación inmediata del recién nacido, convocar a los representantes legales, cuando así correspondiera realizar la comunicación al Tribunal de Menores.

- Orientar consultas en planificación familiar.

- Instrumentar un espacio de Docencia en el Servicio Social del HIEMI, y en la institución hospitalaria. Dar continuidad a la docencia destinada a estudiantes de pre – grado y residentes de Trabajo Social, alumnos de E.G.B. y Polimodal. Sostener la capacitación de Voluntarios del Grupo KUMELEN.

Misiones y funciones:

El Servicio Social en la institución hospitalaria desempeña un rol de servicios, basando su intervención en una visión integral del hombre, sujeto de su propia vida y salud, desde un concepto de Salud integral (O.P.S.), no limitándose a los aspectos médicos y asistenciales.

Desde el Servicio Social en el abordaje del proceso salud enfermedad como un fenómeno histórico social, se intenta explicar de qué manera lo social se expresa en lo biológico, tanto en el nivel individual como colectivo. Desde esta perspectiva es importante investigar la incidencia de lo socioeconómico y cultural del origen de la enfermedad, para poder elaborar una respuesta adecuada a la problemática.

Desde el Servicio Social se toma contacto con el paciente y con su familia a través de entrevistas diarias creando situaciones que favorezcan la

comunicación y cooperación, procurando brindarles contención en el proceso de internación.

Se procura fortalecer su red vincular intra y extra hospitalaria, orientando a los padres con respecto a los recursos institucionales (comedor, residencia para madres, etc.), guiándolos en la forma más dinámica y operativa de proceder en cada caso particular.

Estructura Funcional: Los profesionales de Trabajo Social desempeñan sus tareas formando parte de diferentes equipos y programas, y/o se integran en las diferentes Salas de Internación y consultorios externos distribuidos de la siguiente manera:

- *Salas de internación*: Obstetricia: puerperio normal y alto riesgo, Pediatría: Moderados A, B, C y D, Neonatología, UTI, CIM, Oncología.
- *Consultorios externos*: Pediatría, Neurología, Endocrinología, Cardiología, Salud Mental, Obstetricia, Neonatología.

Caracterización de los Centros de Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud se puede definir por varias características:

a. Atención esencial: un nivel primario que atienda los problemas más frecuentes, sin la necesidad de técnicas sofisticadas ni un nivel especializado. De esta forma, se disminuyen los costes y se humaniza el servicio. En cualquier caso, debe estar integrada en el sistema nacional de salud, recibiendo y prestando apoyo a otros niveles.

b. Participación comunitaria: los individuos y sus familias asumen responsabilidades en relación a su salud y a la de la comunidad. El personal de salud forma parte de la comunidad manteniendo una comunicación con ella respecto a los problemas de salud.

c. Es universal: aporta a la totalidad de la población la asistencia sanitaria fundamental. Para ello es necesaria una accesibilidad, tanto geográfica como funcional, para responder a las necesidades de la población.

d. Aspecto económico: la atención tiene un coste para la comunidad y para el país que pueda soportarse. Se realiza una jerarquización de los problemas de salud según su importancia para optimizar el uso de los recursos disponibles.

El Centro de Salud es una estructura funcional en la que se van a desarrollar las actividades propias de la Atención Primaria. Está compuesto por un equipo pluridisciplinario que agrupa al personal sanitario, social y administrativo necesario. El tamaño del centro debe ser el que permita la mayor operatividad y coordinación entre sus miembros.

El centro de salud asume la gestión de los recursos y la coordinación funcional con otros niveles del sistema de salud. Para el desarrollo de las funciones es necesaria una infraestructura, que incluye recursos humanos y medios complementarios de exploración y de documentación. No es una agrupación de profesionales únicamente, sino que éstos forman un equipo de trabajo. Cada profesional se responsabiliza de un área de actuación, con unas actividades definidas, que alguna vez se van a realizar en cooperación con otros miembros del equipo.

Por ello se establecen unas normas de trabajo, que incluyen:

- Objetivo y actividad de cada miembro.
- Objetivo y actividad de cada miembro en relación al grupo.
- Relaciones interpersonales.
- Métodos de trabajo.
- Roles a desempeñar.

En resumen, esta organización se define por:

a. El trabajo coordinado de los distintos profesionales.

Esto supone una cualificación profesional de cada miembro y una jerarquización. Las funciones se establecen por la competencia profesional y por las necesidades de la población.

b. La programación del trabajo.

La forma de trabajo es la necesaria para cumplir los objetivos de la atención primaria. Los programas son integrales dentro del equipo y en relación con la población.

c. La participación.

La participación es activa en el equipo, en la planificación, ejecución, evaluación y desarrollo de los programas y de las actividades.

La figura del coordinador aparece como el director de una estructura jerarquizada. Se encarga de coordinar las actividades del equipo y de la relación con otros servicios e instituciones. Está integrado en las actividades cotidianas. No es un elemento externo al equipo, y puede contar en algunos casos con una comisión asesora.

Las actividades del coordinador son:

a. Organización.

Tanto del funcionamiento como de la colaboración entre el equipo. Organiza el reglamento interno o del centro y desarrolla los sistemas de evaluación para mejorar su rendimiento.

b. Asistencia.

Desarrolla una labor de asistencia, como un miembro más, aunque el tiempo dedicado será menor.

c. Coordinación.

Relaciones con otros niveles de asistencia, y con la comunidad.

Los equipos se componen generalmente por: Médicos, Enfermeros, Auxiliares de clínica, Trabajadores Sociales, Técnicos no sanitarios, Odontólogos, Psicólogos.

Dentro de un marco legal, la composición de cada equipo dependerá de la comunidad a la que va a atender. Es importante el conocimiento de la zona de salud adscrita a éste.

El Equipo de Atención Primaria debe realizar todas las funciones destinadas a garantizar y a mejorar el nivel de la salud individual y colectivo de la población. Es un término amplio que abarca múltiples facetas.

Se establecen las siguientes funciones del Equipo de Atención Primaria:

- a. Asistencia sanitaria: ambulatoria, domiciliaria y de urgencia.
- b. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- c. Educación sanitaria de la población.
- d. Diagnóstico de salud de la población.
- e. Investigación.

El primer punto comprende:

a. Ambulatoria o a demanda:

Puede ser sin cita previa o espontánea, o con cita previa o programada. De esta forma se puede equilibrar la demanda y mejorar la asistencia profundizando en los casos que sea preciso.

b. Domiciliaria:

Es un tipo de asistencia programada, dedicando ese tiempo a la población que por diferentes circunstancias no pueden acceder a la ambulatoria.

c. Urgente:

El equipo debe estar programado para garantizar la presencia del personal adecuado durante todo el día y, durante todos los días.

Análisis del alcance de la Ley de Salud Sexual Y Procreación

Responsable.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) tiene en apariencia un corto camino recorrido (2002 la Ley, 2003 el Programa), pero es fruto de décadas de luchas de distintos sectores de la sociedad, que a partir de diferentes acciones políticas han podido establecer los marcos sociales para que hoy en día se estén generando desde el Estado programas y políticas públicas en la materia, que promueven el bienestar de la población. Existiendo en la Nación una Ley y un Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y en la provincia de Buenos Aires la Ley 13066 y un Programa de Capacitación en la temática, es obligación del Ministerio de Salud de la Provincia responder a este lineamiento de la política nacional implementando, a nivel local, las Consejerías para entrenar en habilidades de comunicación a todos aquellos integrantes del equipo de salud que tengan contacto con los usuarios. La ley 25673 (LA 2002-D-4834), que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, fue sancionada el 30/10/2002. Fue discutida durante todo un año, tuvo grandes impulsores y poderosos detractores, pero no ha sido la primera norma del país en esta temática, sino la confirmación y el fortalecimiento a nivel nacional de una nueva política social y de salud.

La fundamentación de la ley está asentada primordialmente sobre la salud sexual, y su reglamentación se instrumenta a través de efectores primarios de salud. *“...las políticas sanitarias nacionales, están orientadas a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud, y a garantizar a la*

población el acceso a la información sobre los métodos de anticoncepción autorizados, así como el conocimiento de su uso eficaz, a efectos de su libre elección, sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de Derechos Humanos y en ese contexto a facilitar el acceso a dichos métodos e insumos.” (textual de la ley).

Para avanzar en construir una igualdad de género, se debe hablar de responsabilidades compartidas, lo que típicamente se expresa en el art. 2 al decir *“Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable”*. Sin embargo, en la reglamentación no se explicita de qué manera, o por qué es necesario que la mujer participe activamente en la elección, por ejemplo, del uso del propio cuerpo en el terreno de la sexualidad.

La responsabilidad de la salud sexual y procreación sigue recayendo con mayor peso en la mujer, la ginecología, la obstetricia y los efectores de salud capacitados a tal fin.

La ley apunta a la salud sexual que incluye la procreación, sin embargo, no explicita el cuidado del hombre y de la mujer a lo largo de toda su vida construyendo un bienestar integral asociado con la valoración de la vida propia y de los otros en lo que respecta a prácticas sexuales. La responsabilidad debe ser compartida por toda una sociedad, la cual debe asumir las inequidades que se justifican en nombre de lo que es propio de cada género. Estas inequidades comienzan por las prácticas sexuales diferenciales y lo que es “inherente” en esta relación al hombre y a la mujer. Esta relación de poder en las prácticas de salud sexual y procreación se traslada a todos los

demás ámbitos de la vida de una sociedad, atravesando sus prácticas, discursos, cultura, etc.

La ley contempla los derechos a la salud sexual y reproducción, sin embargo, no se identifican indicios de compromiso y responsabilidad de promover y defender la igualdad entre mujeres y hombres para ejercer esos derechos en condiciones libres y justas.

Se evidencia cierta limitación de la ley en cuanto al ejercicio de los derechos de las mujeres muy asociado con la moral o conciencia de lo que algunas personas interpretan como el “deber ser” con respecto a las conductas esperadas de la mujer y del hombre en lo concerniente a salud sexual y reproductiva.

Se menciona en la ley *“contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa”* y *“Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa”*; pareciera que tales espacios apuntan a responder a los objetivos de la ley pero no dan cuenta del alcance y significado de esos “conocimientos básicos”. Estos objetivos como están explicitados, no contribuyen a cambiar la perspectiva de género que en la sociedad se concibe, inclusive no señala la responsabilidad de hombres y mujeres en este terreno.

El enunciado del art. 6 prescribe métodos anticonceptivos reversibles, transitorios y no abortivos. Sin embargo, esta ley también explicita márgenes de libertad para que en su implementación se pueda lograr equilibrar ciertas inequidades.

Enmarcada en el derecho humano a la salud, la ley propone:
“alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia”. La cuestión sería avanzar en erradicar la discriminación, violencia y coacción de que es víctima la mujer en el terreno de la sexualidad, y fomentar y propiciar el libre uso de su cuerpo y la libertad de elección con respecto a éste.

El acceso a métodos anticonceptivos pone de manifiesto la consideración y la legitimación social de la sexualidad no reproductiva, es decir el ejercicio de la sexualidad en términos de placer.

Hay dos cuestiones a considerar: por un lado, el suministro de anticonceptivos (no enumerados) redundará en una igualdad de acceso a mujeres que padecen trabas en la adquisición, siempre y cuando los programas estén planificados de tal manera que acorten la distancia con los receptores. Por otro lado, la entrega de métodos anticonceptivos e información con respecto a salud sexual y reproductiva no actuará por sí solo para eliminar la violencia, la subordinación, la relación de poder de que es víctima la mujer en el terreno de la sexualidad, asociados con la concepción del deber ser para cada rol de género.

Con respecto a la objeción de conciencia el art. 9 y 10 indican que *“Las instituciones educativas públicas de gestión privada, confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.”* Y *“Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán, con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6º, inciso b), de la presente ley”*.

Asimismo se respeta el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Frente a los derechos a la salud de la mujer se impone en la definición de la ley considerar primero los derechos de los profesionales y de las instituciones. Nuevamente se están invadiendo los derechos de las mujeres, ya que lejos de comenzar a crear una conciencia de igualdad de género en la sociedad, estos sectores tratarán de reproducir con más fuerza ciertas concepciones de poder asociadas a los roles “naturales” del hombre y de la mujer

Al inscribir la ley en el campo de los derechos a la salud sexual y reproductiva se abre un nuevo panorama en el terreno de la sexualidad para toda la población, pero fundamentalmente para la mujer. La ley sancionada permite su encuadre y concepción dentro del derecho humano a la salud. Esta medida tiene al menos tres consideraciones: primero, desvincular la maternidad del placer de la sexualidad; segundo, es una política de salud que contempla el derecho a ella, no una política de población; tercero, retomando las anteriores, supone la democratización de la vida íntima de las mujeres y trasladar los derechos al ámbito privado. Es decir, supone la realización de la mujer en términos de ser libres e iguales a los hombres en la determinación de las condiciones de sus propias vidas, disfrutar de iguales derechos y obligaciones que los hombres en el ámbito de la sexualidad.

Desde estos programas se deberá trabajar en repartir equitativamente los contenidos inherentes a la maternidad/ paternidad, como así también la responsabilidad de la salud sexual compartida. A partir de un marco jurídico,

asumir en las sociedades y desde estos programas el compromiso y la responsabilidad de promover y defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de los hombres en condiciones libres y justas. Sin embargo, formular políticas públicas desde la perspectiva de género que contribuyan a superar las diversas formas de desigualdades que sufren las mujeres demanda que se promuevan condiciones sociales y materiales adecuadas para garantizar el ejercicio de sus derechos. Entendidas estas condiciones como parte del contexto en donde se inscriben sus prácticas.

Analísis de datos

Las entrevistas semidirigidas se realizaron a:

- Referente del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación
Responsable de Zona Sanitaria VIII
- Referente Municipal del Programa de Salud Sexual y Procreación
Responsable, Jefe de División de Atención a la Mujer
- Coordinadores de Centros de Atención Primaria de la Salud: Las
Heras, Libertad, Guanhani, IREMI.
- Trabajadores Sociales de dichos Centros y Trabajadores sociales
del área Maternidad del HIEMI.

La selección de los Centros de Salud entrevistados se realizó en base a aquellos que implementan el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable informados por la Referente de Zona Sanitaria VIII.

Entrevista a Referente de Zona Sanitaria VIII

I CONCEPCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- **Concepción biologista, unidireccional, estereotipada y reduccionista de la adolescencia y maternidad adolescente.**

Los supuestos que subyacen en la percepción de la Referente caracterizan un aspecto relativo de la problemática representándola sólo parcialmente. Estos supuestos avalan una explicación general, total del fenómeno y operan distorsionando la manera compleja en que se produce. Los supuestos funcionan de forma implícita sin especificar en qué consiste embarazo adolescente, qué hace que sea un obstáculo para transitar la adolescencia, ni tener en cuenta en qué contexto se produce.

Los estereotipos identificados en el discurso del Referente político aluden a:

- un problema que se resuelve con la anticoncepción
- un problema que implica situaciones de abuso
- un problema cultural o de una cultura diferente de la que forman parte adolescentes que desean y proyectan ser madres
- un problema de comprensión inadecuada por parte del adolescente de la información que recibe

La complejidad del fenómeno se hace evidente cuando se intenta identificar algunos factores o aspectos relacionados que contribuyen a caracterizar a la adolescente en situación de embarazo. Es necesario

distinguir cuándo el embarazo de una adolescente es un problema para la joven que lo protagoniza, cuándo es un problema para su familia, cuándo para quienes la asisten en la institución que tiene contacto con ella. Esto permite localizar los actores que intervienen en la problemática, dilucidar a quiénes deben dirigirse las intervenciones, y, en otro nivel de decisión, las políticas.

Es fundamental deslindar esta problemática de otras con las que se cruza: la adopción o el aborto, abuso, incesto, violencia familiar, las drogas, el tráfico de niños, la prostitución, la explotación, etc. Estos son problemas en sí mismos que pueden encontrarse previamente al embarazo adolescente, o participar del mismo fenómeno. Discriminarlos y conceptualizarlos será necesario para elaborar intervenciones de distinto tipo aún cuando todas participen del tema.

Partiendo de tres grandes modelos que sustentan las diferentes miradas acerca de la salud, esto es, el modelo biologicista, el ecológico y el crítico o procesual, se infiere en esta mirada de la referente aspectos de la ideología sanitaria biologicista en donde los problemas de salud son individuales y consisten en un apartarse de la normalidad biológica, cualquiera sea el criterio con que esta se defina. La etiología y la patogenia de las enfermedades agotan la cuestión de la causalidad así como definen las formas de respuesta posibles, básicamente mediante la atención a los problemas de enfermedad que presentan las personas, es decir, la atención médica.

El aspecto reduccionista detectado, en cuanto los factores presentes para que se den los embarazos en la adolescencia, se hace evidente (además de los mencionados en los ítems anteriores) cuando se refiere que el aspecto cultural del fenómeno tiene que ver sólo con el deseo de tener un hijo por parte de la adolescente; en palabras de la Referente *“hoy en día está la cuestión de que hay muchas adolescentes que quieren ser madres, tiene que ver con su cultura y está bien que así sea”*. De esto se desprenden algunos interrogantes en torno al “deseo” mencionado como variable de análisis de la implementación de una política pública; si bien es un aspecto implicado en la situación de embarazo adolescente, plantearlo como uno de los factores preponderantes se presenta más como una justificación de minimizar el embarazo en la adolescencia que como una explicación del fenómeno teniendo en cuenta que el aspecto referido constituye uno entre la multiplicidad de factores que se ponen en juego.

El marco conceptual del Programa Nacional alude a la complejidad con que se debe pensar la salud sexual y reproductiva al expresar:

“La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a

causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada”

En la consideración del embarazo adolescente por parte de la referente como un obstáculo para transitar esta etapa, aparece la edad como un aspecto indiferenciado, en donde el peso recae nuevamente en el deseo y proyecto de ser madre. En palabras de la misma *“sino está el proyecto de ser madre en cualquier momento de la adolescencia es un obstáculo...no importa que tenga 14 o 20 años”*. Consideramos que no puede definirse la juventud como una categoría única y universal, sino que existen múltiples juventudes, tomando en consideración las dimensiones culturales, políticas, históricas y sociales.

II RECURSOS PARA EL PROGRAMA

Se evidenció en la argumentación de la referente una contradicción en la percepción de disposición de recursos en cuanto menciona *“en lo que hace a recursos humanos faltan pediatras y obstetras...me siento apoyada en todos los aspectos hay una buena comunicación con el Ministerio de Salud”*. De esto se visualiza además una mención de los recursos referenciados individualmente y no a nivel de política pública.

Los recursos materiales que menciona como suficientes para implementar el programa, los anticonceptivos, refuerzan la visión unidireccional descrita en el punto anterior de la situación del embarazo adolescente. Se denota un sesgo ingenuo o una actitud de reserva al referirse a los recursos financieros sólo mencionando que el manejo de los mismos no está a su cargo. La dependencia financiera con el nivel nacional es un aspecto de gran

relevancia ya que los equipos provinciales muchas veces deben modificar sus demandas en función de las disponibilidades presupuestarias del organismo central y ajustar sus requerimientos a ciertas pautas estandarizadas que no contemplan las particularidades locales. En un contexto generalizado de escasez de recursos un actor social tendrá sus propios criterios para establecer prioridades y asignar los mismos. Las acciones concretas y la aplicación efectiva de recursos requieren de decisiones puntuales tomadas por los sectores político-decisionales del organismo y estas decisiones pueden ser tomadas en función de otros criterios no necesariamente coherentes con los criterios institucionales formales ni con las políticas declaradas.

III LOGICA DE PROGRAMACION

La lógica de programación de planes y proyectos que involucran la implementación del Programa apunta desde lo formal a ser una planificación estratégica que incluye:

- la Construcción de un espacio institucional y sistemático para monitorear las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva desde la perspectiva de la población usuaria.
- Articulación y diálogo con referentes de instituciones de la sociedad civil, organizaciones comunitarias y movimientos sociales que permita promover los derechos sexuales y reproductivos, la difusión de derechos, la sensibilización e incidencia en el espacio público y el incremento y mejoramiento del acceso y el efectivo uso de los servicios.

- Acompañamiento y asistencia técnica a proyectos de SSyPR desde el espacio comunitario y social mediante la realización de reuniones destinadas a trabajar en el diseño, planeamiento, organización y fortalecimiento de acciones de promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

A diferencia de lo anterior, lo expresado por la referente se acerca a una planificación social tradicional normativa caracterizada por Robirosa por los siguientes aspectos:

- su carácter tecnocrático, en cuanto que son los técnicos los que saben las prioridades sociales, las necesidades objetivas y las estrategias apropiadas. La idea de futuro potencial y de la realidad como categoría abstracta sin descripción de variables de análisis de la misma se plasma en la siguiente expresión: *“considero central a la hora de planificar conocer y evaluar la realidad a la que se va a dirigir el proyecto”* (Referente político). Además de ser esto un enunciado que se aleja del nivel operativo que implican los proyectos, denota una referencia a la característica centralista de la planificación no estratégica.
- Centralista: considerando el organismo planificador como el actor central de la intervención
- Autoritaria: fundada en la autoridad del Estado con escasa participación de los demás actores públicos, privados involucrados en el sector de la realidad que se pretende intervenir.
- Poco realista: considerando el contexto de intervención estable y la obtención de los recursos en el futuro adecuados y suficientes.

El único aspecto que se menciona en cuanto la ejecución de los planes y proyectos es el *tiempo*, aunque sin profundizar desde una lógica de planificación y sin dimensionar por qué se trata de un factor relevante. Esto es claro al decir la referente *“la ejecución debe darse en cualquier momento del año, no hay que esperar que sea Marzo para hacerlo”*. La expresión es acertada en cuanto el tiempo es un factor crítico para la implementación de un proyecto social ya que su transcurso apareja costos crecientes, indisponibilidad de los recursos (humanos, financieros, materiales) para otros fines y también costos sociales que derivan de la no solución del problema o la no satisfacción de las necesidades. El tiempo es una dimensión crítica en la evaluación de la eficiencia de un proyecto.

En lo que respecta a la viabilidad de los proyectos, se menciona por parte de la responsable que *“la pienso desde los datos reales y concretos no prometiéndolo que se que no voy a cumplir”*. Esta mirada acentúa la presencia de los recursos como los únicos aspectos a tener en cuenta para que un proyecto sea viable. Una vez más, la complejidad que implica construir viabilidad de los proyectos aparece desdibujada y sin tener en cuenta el contexto en lo que se refiere a instancias decisorias, organizaciones, grupos de la comunidad u otros organismos públicos que pueden estar involucrados. Analizar la viabilidad en el marco de una planificación estratégica implica un recorrido que va desde la elaboración de un pre-diagnóstico (como reconstrucción valorativa y no mera descripción), un análisis de aportes externos necesarios disponibles y/o accesibles y de la compatibilidad con proyectos vigentes, hasta la evaluación de la viabilidad legal-institucional y consideración de tiempos necesarios y riesgos

previsibles para la implementación (políticos, económicos, sociales, ambientales, entre otros).

La obtención de datos para elaborar planes y proyectos por parte de la responsable se basa fundamentalmente en la información y estudio que hacen dos integrantes del equipo de planificación: una antropóloga y una geógrafa. El estudio es previo a la implementación de proyectos sin tener en cuenta los constantes cambios y dinamismos que caracterizan la propia realidad; además de efectuarse un reconocimiento exhaustivo del área en la que se pretende intervenir es fundamental que este se oriente también a detectar y vencer lo más posible la compleja red de factores que pueden atentar contra su gestión. Además, el territorio no puede concebirse como un mero dato geográfico, cuestión considerada de esta forma por la referente, sino como un campo surcado por estrategias de construcción política y social, así como ideológicas y culturales.

IV PLANES Y PROYECTOS DEL PROGRAMA

Al referirse al nivel operativo y la implementación del Programa Nacional, no diferencia planes de programas ni de proyectos. Expresa poca precisión en los objetivos de cada uno, presenta confusión con Planes Nacionales (Plan Nacer).

Se visualiza una implementación desde el nivel nacional y una escasa retroalimentación a través del monitoreo y la evaluación constante. Estos últimos son relevantes para ejecutar con el máximo de eficiencia posible las acciones para poner en operación el proyecto y, a la vez, monitorear en detalle la ejecución de las actividades programadas y los resultados que se

van obteniendo con estas. De este modo, se podrán introducir oportunamente los ajustes necesarios cuando haya desviación de los resultados efectivos respecto de los esperados, evitando así desviaciones mayores.

La referente expresó con poca precisión o reserva la información acerca de Planes y proyectos en agenda, sin considerar que estos también son políticas públicas aunque no estén en ejecución. Es relevante tener en cuenta que el ciclo de formulación de políticas por parte del Estado comienza cuando la cuestión social es problematizada colectivamente por una sociedad y se convierte en cuestión de Estado, incorporándose de esta manera en su agenda. Esta incorporación no necesariamente implica su ejecución en tanto política pública.

V CAPACITACION

El Programa 13.066 establece entre sus líneas de acción la Conformación del Sistema de Aseguramiento de insumos anticonceptivos y su distribución a través del Programa Remediar. Este fue uno de los aspectos más resaltados en el discurso de la Responsable del Programa y, si bien es esencial, no es el único eje que se establece como direccionador de las acciones a seguir. En el artículo N° 5 del Programa se enuncia: *“Capacitar a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual para ayudar a la familia en la educación de los hijos en esta materia” (Art. 2 Programa 13.066).*

La falta de claridad y el desconocimiento en cuanto a temáticas centrales que abordan las capacitaciones, se contradicen con otra línea de acción del

Programa que plantea que la definición de ejes temáticos, lineamientos y focalización territorial de las acciones de capacitación y asistencia técnica se apoye en el análisis de los objetivos de gestión del Programa, para lograr la disminución de las brechas en salud sexual y reproductiva que afectan a la población, enfocándose en dos dimensiones clave: accesibilidad y calidad de atención. Los ejes temáticos de las actividades de capacitación son los siguientes:

- Género y Derechos sexuales y reproductivos.
- Consejerías en salud sexual y reproductiva destinada a jóvenes y adultos/as.
- Consejerías posaborto.
- Sexualidad adolescente.
- Violencia de género y violencia sexual.

En relación al eje Calidad de atención, el mismo se ve promovido desde la capacitación mencionada acerca de la presentación de una LINEA TELEFONICA GRATUITA 0800 SALUD SEXUAL que apunta a desplegar acciones de apoyo y difusión del 0800 del Ministerio de Salud de la Nación que brinda información en salud sexual y reproductiva a toda la población a fin de promover la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información.

De todas formas este eje no apunta a la prevención, se mencionan acciones a nivel de la atención y no de los objetivos centrales del programa que son la prevención y promoción siendo esto un gran avance jurídico en el tratamiento del tema (brecha con ejecución de la política).

La ausencia de estadísticas y registros se contradice con la enunciación del Art.5 del Programa:

“Supervisar, monitorear e informar acerca de la evolución del Programa y proponer los mecanismos de ajuste que a su juicio considere necesarios. Universalizar la información de manera tal que la misma llegue a toda la población de esta Provincia, en especial a jóvenes y adolescentes escolarizados y no escolarizados .Informar sobre las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo. Elaborar estadísticas” (fragmento del Art.5 del Programa 13.066).

Las reuniones entre ejecutores del Programa y Referente están orientadas a la resolución de cuestiones que hacen a lo inmediato y las intervenciones del nivel ejecutor en estas se presentan como demandas y necesidades más que como aportes constructivos a considerar en la dirección del programa. La siguiente expresión de la referente alude a lo anterior: *“en la capacitación acerca de la línea gratuita estaban presentes varios centros y el de Villa Gesell expresó la necesidad de mayor cantidad de médicos generalistas....además sirven para intercambiar experiencias”.*

En cuanto las medidas implementadas para modificar esta situación se infiere un desplazamiento de responsabilidades políticas a niveles jerárquicos superiores.

VI SUPERVISION

Las supervisiones desplegadas desde la responsable política del programa tienen un carácter burocrático administrativo y no se cumple la programación de las mismas de forma regular. No se estipulan lugares ni

horarios así como tampoco ejes de evaluación de la tarea desplegada por los efectores. En palabras de la referente *“superviso principalmente lo administrativo y la presencia de insumos en los centros...principalmente tomo contacto con los centros vía e-mail, fax y telefónica”*.

A diferencia de esto, el programa establece en el marco de las supervisiones de servicios, la capacitación de los efectores, promoviendo la comprensión y reflexión sobre las prácticas profesionales para su mejoramiento permanente. Se establece que la supervisión de Servicios apunte al fortalecimiento de los actores a nivel del territorio en aspectos clave a la gestión de los programas regionales de SRyPR. El propósito consiste en articular y profundizar los ejes programáticos llevados adelante por los equipos locales en cada jurisdicción y detectar información relevante para la toma de decisiones en el marco de la mejora de la atención y calidad de servicios de SSyPR.

Entrevista a Referente Municipal del Programa

I CONCEPCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- **Reconocimiento del marco conceptual del Programa de Salud sexual y procreación responsable. Perspectiva de derechos.**

Los supuestos que subyacen en la percepción del Referente Municipal jefe de División de Atención a la Mujer, incluyen el rol de la construcción social que se hace de la temática y su importancia para definir el embarazo adolescente. La perspectiva revaloriza que la salud y sexual y reproductiva se enmarque desde los derechos individuales y no meramente desde la prevención médica clásica de una situación compleja.

En este sentido el Marco conceptual del programa establece que *“los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con*

la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable”

Para el referente, el embarazo en la adolescencia se inscribe como una práctica de inclusión social de sectores de clase baja diferente a las prácticas y proyectos de vida de clase media alta. Su mirada no se centra en la definición de la temática como un problema en sí mismo sino como una realidad relacionada a una cosmovisión diferente de planeamiento de vida. La responsabilidad por la generación de herramientas para el cuidado de la salud recae en la sociedad en su conjunto. En palabras del mismo *“la inclusión se presenta como un proyecto de vida distinto al de la clase media o alta. En los sectores bajos más que un problema es una realidad...es un problema si la sociedad no tiene continencia para el mismo, ésta debe responder como un pacto social”*.

Desde una perspectiva holista tiene en cuenta el contexto macro al plantear la inexistencia de una promoción ascendente ni una educación destinada a mejorar el nivel de vida de una gran masa social. Desde el punto de vista de la salud, es fundamental el conocimiento de que existen diferencias significativas entre las clases sociales en lo que respecta a las formas de reproducirse.

Según el referente, es el consenso y la decisión política, además de contar con una ley con recursos propios y trabajar desde el derecho, las bases que permiten la adhesión de los Centros de APS al espíritu de la Ley.

En su recorrido acerca de los debates previos a la derogación de la Ley, el referente planteó su crítica a políticas arbitrarias que deciden sobre las necesidades de otros considerados como marginales dependientes de la tutela coercitiva del Estado y cómo este ha generado a lo largo de la historia políticas de enfermedad más que de salud.

Si bien esta consideración significa un avance con respecto a las definiciones dentro de una concepción biológica, ecológica y unicausal, tampoco permite visualizar un concepto operativo posible de materializar quedando sólo al nivel de una abstracción teórica.

II RECURSOS PARA EL PROGRAMA

El Referente expresó poseer recursos materiales y humanos suficientes haciendo hincapié en los métodos anticonceptivos y personal médico específico, contradiciendo así esta postura la visión de abordaje integral desplegada en su discurso. Se refirió a períodos breves de tiempo en que algunos métodos no son brindados a los Centros por parte del Programa REMEDIAR, pero no indicó que esto sea un obstáculo.

Así, se deja de lado el carácter específico de los insumos en el nivel local, que están ligados a la actividad cotidiana de manera estrecha, ocupando un papel central en la programación de las actividades para la prestación de los servicios, los cuales sufren un inmediato deterioro en la medida en que se produzcan escaseces temporarias de los recursos.

III LOGICA DE PROGRAMACION

En cuanto a los momentos a tener en cuenta en la planificación y ejecución de procesos que involucran el programa, no considera ejes centrales ni cruciales a distinguir en este proceso, haciendo que la lógica de programación olvide su dependencia a los recursos materiales y a los procesos a que estos son sometidos, es decir, las diferentes formas de considerarlos según el nivel en que se realice el procesamiento correspondiente. Esto significa que se debe analizar el objeto en cuanto tal, como materialidad, pero también la función que cumple y las formas de su administración según el nivel desde que se lo analiza y administra. El nivel local realiza la doble función de administrar y prestar el servicio mientras que en el nivel central sólo lo administra. Lo anterior origina fuertes tensiones, contradicciones y hasta conflictos.

El Referente no forma parte de la planificación de proyectos para el Programa y refiere que esta responsabilidad la tienen los efectores de los Centros de Atención Primaria de la Salud situándose por encima de los mismos y no como parte activa que interviene en la construcción de viabilidad. El análisis de esta última requiere la identificación de tres ámbitos donde se desenvuelve la acción que expresa relaciones de poder y según Mario Testa son los siguientes:

- Poder administrativo: actividades en cuanto procesos que manejan recursos
- Poder técnico: definido a partir de los conocimientos que se utilizan en cualquiera de los niveles de funcionamiento en el sector de salud

- Poder político: funciona para la defensa de los intereses de los diversos grupos que se encuentran interesados en lo que sucede en el sector

Se visualiza una planificación normativa con las características ya mencionadas. La siguiente cita aclara esta posición: "*cada proyecto requiere planeamiento de los APS, ejecutores y recursos económicos*". Esta frase no incorpora otros actores que puedan actuar en conjunto a la hora de planificar más allá de los Centros de salud y mucho menos considera la población a la que se dirigen los mismos. Por otra parte, es una concepción abstracta de programación y ambigua que sólo tiene en cuenta la consideración de tareas para lograr un resultado previamente definido y las secuencias correspondientes.

IV PLANES Y PROYECTOS DEL PROGRAMA

El Referente municipal desconoce las temáticas de los proyectos implementados desde los Centros en relación al programa de Salud sexual y Procreación Responsable y no diferencia este último del programa Materno Infantil, siendo que en Mayo del presente año, mediante la Resolución N° 1395, el Programa comienza a funcionar bajo la órbita del Área de Políticas de Género, dependiente de la Unidad Ministro. A partir de esta iniciativa, se intenta dar respuesta a los compromisos adquiridos por el país con vistas a adoptar medidas tendientes a mejorar la calidad de vida de la población a través de la adopción de un enfoque de derechos y de género en los servicios de la salud.

El programa fundamenta este cambio diciendo que la perspectiva de género resulta fundamental en un abordaje tendiente a la promoción de los derechos y la construcción de una perspectiva que denuncia situaciones de desigualdad, discriminación y violencia y que intenta promover relaciones más igualitarias. Ella implica:

- La participación y el protagonismo de todos y todas en el cuidado de la salud en general y de la salud sexual y reproductiva en particular.
- La consolidación de una mirada crítica tendiente a desnaturalizar ciertas percepciones y estereotipos que, al negar las singularidades, pueden conducir a situaciones de discriminación y violencia.
- La identificación de obstáculos para el ejercicio pleno de los derechos.
- La construcción de estrategias conjuntas tendientes a atenuar desigualdades materiales y simbólicas y a promover relaciones más igualitarias.

V CAPACITACION

En este punto hay coincidencia del Referente municipal con la Referente de Zona Sanitaria VIII, en cuanto la falta de claridad y el desconocimiento de las temáticas centrales que abordan las capacitaciones y ambos se contradicen con la línea de acción del Programa que plantea que la definición de ejes temáticos, lineamientos y focalización territorial de las acciones de capacitación y asistencia técnica se apoye en el análisis de los objetivos de gestión del Programa, para lograr la disminución de las brechas en salud sexual y reproductiva que afectan a la población enfocándose en dos dimensiones clave: accesibilidad y calidad de atención.

Contar con capacitaciones promueve la iniciativa de los profesionales y los incita a salir de la pasividad, adoptar actitudes críticas, abandonar el individualismo y la falta de participación y cooperación, investigar la realidad del municipio, conocer los diferentes problemas, aproximarse a los conocimientos teóricos y técnicos disponibles, y, sobre todo, a generar nuevas informaciones o propuestas alternativas para revertir los problemas identificados. Al mismo tiempo, esta orienta a la reflexión e intervención sobre los procesos de trabajo, la misión de los mismos y sus problemas o limitaciones, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la gente y la calidad de los servicios prestados para su atención. Constituye una herramienta de intervención estratégica inserta en una propuesta de cambio.

VI SUPERVISION

Las supervisiones desplegadas desde el Referente municipal del programa tienen un carácter burocrático administrativo y no se cumple la programación de las mismas de forma regular. En palabras del mismo *“la supervisión es cuantitativa referente a recursos y población atendida”*. No se estipulan lugares ni horarios así como tampoco ejes de evaluación de la tarea desplegada por los efectores.

La supervisión mencionada guarda relación con la planificación normativa al medir recursos, cuantificar metas con un enfoque básicamente funcional, objetivo y traduciéndose en una práctica teórica que elimina lo social como concepto totalizante.

Lo anterior muestra una vez más la brecha en relación a lo que el programa establece referido a las supervisiones de servicios y la capacitación

de los efectores a fin de promover la comprensión y reflexión sobre las prácticas profesionales para su mejoramiento permanente.

Entrevistas a Coordinadores de los Centros de Atención Primaria de Salud

I CONCEPCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Los Coordinadores de los Centros de Atención primaria comparten una concepción predominantemente biologista, reduccionista y sesgada de estereotipos acerca del embarazo adolescente y, entre las variables que se ponen en juego para que los mismos se presenten, mencionan las siguientes:

- Escaso conocimiento del adolescente sobre métodos anticonceptivos y mitos sobre el uso de los mismos
- Familia no continente
- Repitencia de historias familiares
- Responsabilidad individual por el cuidado del cuerpo
- Relación del embarazo con aborto, violencia y abuso
- Edad temprana como factor de riesgo
- Relativización de la prevención de embarazo comparándolo con patologías que requieren atención urgente

Al referirse a los aspectos que hacen a que el embarazo se convierta en un obstáculo para transitar la adolescencia, mencionan el contexto familiar, habitacional y la edad sin tener en cuenta características propias de esta etapa y generalizando percepciones parciales cargadas de subjetividad. La concepción no hace referencia a la salud sexual como un derecho ni plasma la responsabilidad del Estado por la misma a través de sus políticas. Se plantea el

Centro como una institución abierta al decir un coordinador: *“el centro está, la salud es pública si te embarazas es problema tuyo, los recursos están”* (M: Coordinador) cuando lo que está en juego de fondo es un Centro de APS sin extensión a la comunidad ni retroalimentación con la misma.

Lo anterior se opone a una de los principales lineamientos de este nivel de atención como primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema Nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente.

Los coordinadores presentan escaso conocimiento acerca de las actividades desplegadas en el marco del programa y plantean sólo la realización de charlas y entrega de anticonceptivos. No poseen información acerca de los contenidos, temáticas, objetivos, ejes que constituyen estos espacios. La función de los mismos en un Centro de APS requiere de la coordinación de las actividades del equipo y de la relación con otros servicios e instituciones. Está integrado en las actividades cotidianas y no es un elemento externo al equipo pudiendo contar en algunos casos con una comisión asesora. Las actividades del coordinador son:

a. Organización.

Tanto del funcionamiento como de la colaboración entre el equipo. Organiza el reglamento interno del centro y desarrolla los sistemas de evaluación para mejorar su rendimiento.

b. Asistencia.

Desarrolla una labor de asistencia, como un miembro más, aunque el tiempo dedicado será menor.

c. Coordinación.

Relaciones con otros niveles de asistencia, y con la comunidad.

En relación con estadísticas acerca de la cantidad y características de la demanda, los coordinadores plantean su inexistencia y justificando su innecesidad para las intervenciones cotidianas. La expresión de una coordinadora se remite a esto *“en realidad no nos importa tanto la cantidad sino la calidad y el trato con las adolescentes.....creo que en este centro se atienden cinco adolescentes”* (C: Coordinadora).

Existe un desconocimiento por parte de algunos coordinadores acerca de el número de población asignada, de embarazadas atendidas y de adolescentes que concurrieron a las consultas en ginecología durante el presente año.

La concepción generalizada de los coordinadores no evoca una perspectiva de género y no menciona a los hombres como parte de la política de salud sexual y procreación responsable, siendo que este debe ser tenido en cuenta para políticas educativas y provisión de servicios adecuados que respeten su privacidad y sus derechos.

II RECURSOS PARA EL PROGRAMA

Los coordinadores manifiestan no disponer de recursos humanos suficientes para la implementación del programa y sus pedidos se orientan a mayor personal médico (obstetras, médicos generalistas). Sin embargo, algunos de estos Centros no poseen Psicólogos que formen parte del equipo ejecutor y esto no es considerado ausencia de recurso humano. En contraposición, el Programa Nacional establece la Conformación de un equipo

de trabajo y de las áreas de trabajo en función de las múltiples dimensiones de la problemática de la Salud Sexual y Reproductiva.

Todos los coordinadores entrevistados expresan poseer los recursos materiales suficientes refiriéndose a métodos anticonceptivos que provee el Programa REMEDIAR y considerando esto como un facilitador para la implementación de la política pública en salud sexual.

III EQUIPO DE PROFESIONALES ASIGNADOS AL PROGRAMA

III 1 ESTRUCTURA

De la totalidad de coordinadores entrevistados, ninguno posee claro conocimiento de los profesionales que integran el programa ni de las horas asignadas por estos al mismo. Tampoco expresan conocer la situación de permanencia de los profesionales que conforman el equipo (integrantes en planta, becarios, residentes, entre otros).

III 2 FUNCION

El funcionamiento del Programa tiene en algunos de los Centros un espacio diferenciado para sus actividades con días y horarios específicos; en otros se despliega en el horario de atención habitual del servicio. La carencia de un espacio material propio para el desenvolvimiento de un programa implica una subordinación geográfica espacial, así como también administrativa que sobredetermina las líneas jerárquicas del programa. Sin esta limitación principal, un programa puede funcionar como mecanismo que interconecte el interior institucional y el espacio social.

Los coordinadores no presentan conocimientos de las incumbencias de los profesionales en el marco del Programa. Esto denota la escasa existencia de reuniones que permitan el intercambio de las intervenciones y miradas de cada profesional que posibiliten la construcción de un objetivo común para el abordaje del embarazo adolescente desde una mirada compleja.

III 3 RELACION

La comunicación de las intervenciones entre los profesionales, en el marco de la salud sexual y reproductiva, se presenta bajo la informalidad de los contactos cotidianos entre los mismos. Los coordinadores manifiestan la presencia de una variable subjetiva como lo es la “afinidad” para permitir el desarrollo de los intercambios. Describen su función como principalmente referida a lo administrativo y no a la evaluación ni monitoreo del funcionamiento de las actividades que desarrollan los equipos que forman parte del Programa. Las reuniones no tienen definidas una modalidad operativa y los coordinadores refieren la individualidad de cada Centro para la implementación del Programa *“el programa baja sus lineamientos generales y está en la voluntad de cada Centro de adecuarlo como quiera” (M:coordinador).*

IV DISPOSITIVOS DE ATENCION A TRAVES DE LOS CUALES SE EJECUTA EL PROGRAMA

Los coordinadores expresaron su conocimiento por el dispositivo de atención consultorio, denotando que el mismo no es específico del programa sino de todas las actividades del Centro. Manifestaron la existencia de

charlas, pero algunos refiriéndose a años anteriores y otros no conociendo ejes y estructura de las mismas.

En cuanto a la elegibilidad y admisión de las adolescentes para el Programa, los coordinadores expresan no conocer la modalidad de ingreso, los criterios utilizados, las disciplinas que participan en esa instancia, su modalidad operativa y algunos se limitan a plantear que el ingreso es registrado por Trabajadores Sociales y Enfermeros y otros que esta labor la realizan ginecólogos. No dan cuenta de los motivos ni finalidades de esta organización.

Los coordinadores presentan un desconocimiento acerca de la investigación y diagnóstico de las adolescentes durante la evaluación asignando esta función a todos los profesionales del equipo en general y con imprecisiones acerca de quienes intervienen en esta instancia y por qué motivos según el caso. Algunos coordinadores presentan confusión entre el seguimiento de la intervención y los dispositivos generados para la implementación del Programa. Al indagar acerca de las formas de seguimiento una coordinadora expresó “*se realizan charlas, talleres y entrega de anticonceptivos*” (C: coordinadora).

V EL CENTRO EN EL EQUIPO DE PLANIFICACION

Algunos de los coordinadores expresaron desconocimiento de los aportes que el Centro pueda realizar a los equipos de planificación a nivel central, mientras que otros manifestaron la escasa posibilidad de propuestas debido a el poder e intereses particulares de jerarquías superiores, que producen un cierre a la hora de implementar cambios a sus lineamientos

principales. Ninguno de los coordinadores dice poseer conocimiento acerca de la inclusión de los integrantes del Centro en equipos de planificación para el Programa, así como no participan en proyectos diseñados dentro del mismo.

Es fundamental que desde la APS se conciba la capacidad de diseño como patrimonio de cualquier actor social y no que sea delegada en ciertos grupos o personas que la concentran y en ocasiones la monopolizan haciendo que esta se encuentre desigualmente distribuida entre los diferentes actores sociales.

VI CAPACITACION

Los coordinadores entrevistados refieren la inexistencia de capacitaciones en la temática desde el Programa así como desde el Centro. Sólo uno de los mismos enuncia la existencia de algunas capacitaciones y cuestiona sus modalidades a través de módulos a distancia, exámenes multiple choice con la finalidad de aplicar los conocimientos condicionados por los intereses particulares y parciales de los Referentes responsables del Programa. Sin embargo, en su función como coordinador, no promueve alternativas de capacitación en el marco del Centro de APS.

En cuanto a capacitaciones en organizaciones independientes del Programa y el centro, las mismas son voluntarias y los coordinadores desconocen quienes participan y en cuáles lo hacen.

VII SUPERVISIÓN

En cuanto a las supervisiones de los coordinadores por parte del Referente del programa a nivel municipal se presentan dos vertientes: en

primer lugar la inexistencia de las mismas y, en segundo lugar, reuniones no programadas a los fines de supervisar el uso de los recursos e interpretada por algunos efectores como *“una bajada de línea.... la relación de poder es vertical, se tienen en cuenta los aportes pero luego no se ejecutan”* (M:Coordinador).

Las supervisiones de servicio no se dan con una frecuencia institucionalizada y no hay un ordenamiento en cuanto a modalidad, duración, destinatarios, ejes que las configuran, espacios diferenciados para el Programa ni registros de las mismas.

Las supervisiones no pueden ser pautadas como una gestión meramente administrativa sino como una actividad compleja orientada a la investigación al margen de la actividad institucional de rutina.

Entrevista a Trabajador Social del Área maternidad del HIEMI

I CONCEPCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

La entrevista realizada a la Trabajadora Social del área maternidad del HIEMI permite comprender el nivel asistencial de abordaje del embarazo adolescente.

Entre los aspectos que juegan un rol central para que se presenten embarazos adolescentes, la misma refirió el lugar que tienen los Centros de APS, espacios comunitarios y educación formal para comprender las subjetividades que se presentan en estos adolescentes. Entre los factores que se visualizan desde la atención hospitalaria menciona los siguientes:

- Abandono a instituciones educativas
- Ausencia de inclusión en empleos formales o informales
- Ausencia de proyecto de vida alternativo
- Deseo del embarazo

Las variables identificadas se remiten a lo que se conoce directamente en el lapso breve en que las adolescentes permanecen en la institución. Dichos indicadores presentan pertinencia en este tipo de atención, ya que la demanda permanente y la oferta de un hospital de agudos, no se refiere a trabajar sobre las causas y prevención de la forma en que lo deben hacer los centros de APS.

La identificación de los obstáculos que se presentan en las adolescentes en situación de embarazo versa sobre los siguientes ejes:

- Transito de la adolescencia con funciones de la edad adulta

- Ausencia de viabilidad de las condiciones afectivas, económicas e institucionales
- Proyecto de vida incompatible con la realidad formal

En cuanto a los conocimientos necesarios para la atención de los adolescentes, la Trabajadora Social se refirió a la necesidad de comprender la adolescencia como una etapa de cambios con características propias que son inherentes a la misma y como una categoría universal ligada a la naturaleza humana. Su expresión fue la siguiente: *“conocer las características de la edad sin distinción de sector, ni raza y religión, la adolescencia es inherente a todos los seres humanos”*(A: trabajadora Social).

Esta concepción deja de lado la construcción social de la adolescencia, su carácter histórico, y las variaciones que presenta según los diferentes sectores sociales.

II EL TRABAJADOR SOCIAL Y LOS RECURSOS

La Trabajadora social refirió la presencia satisfactoria de recursos humanos y materiales para trabajar en salud sexual y reproductiva, aunque los mismos son generales para otras áreas y no se cuenta con recursos propios para el Programa como en los Centros de APS (ya que el mismo no se implementa como tal debido al nivel de atención).

III EL TRABAJADOR SOCIAL Y EL EQUIPO DE ATENCIÓN

Las incumbencias dentro del área de maternidad adolescente mencionadas por la Trabajadora Social se orientaron a la promoción de la

salud de la madre y su hijo, el trabajo con la identidad de ambos a través de la tramitación del DNI y el acompañamiento familiar del adolescente.

Lo anterior se remite a categorías abstractas por un lado, y por otro, a nivel de actividades concretas más que a incumbencias en un sentido integral basado en el conocimiento complejo de la temática. Por otra parte, el nivel asistencial dificulta un abordaje profundo de la temática, tal como lo expresa al decir *“trabajamos en la emergencia...las adolescentes permanecen durante sólo tres días....se sigue el caso si hay patologías asociadas...para el caso de una madre e hijo sanos, si hay otras cuestiones, se deriva al Centro de APS”(A: Trabajadora social)*.

La forma de comunicación entre las distintas disciplinas se hace a través de pedido de interconsulta pero el factor que aparece nuevamente con mayor peso es la afinidad entre los profesionales para el abordaje de los casos.

IV EL TRABAJADOR SOCIAL Y LA INTERVENCIÓN

En el lapso en que las adolescentes permanecen en el Hospital los Trabajadores sociales realizan encuestas semiestructuradas que incluyen variables tales como: edad, ocupación, nivel de instrucción, estado civil, convivencia y egreso. Las mismas son las necesarias, según la entrevistada, para el trabajo en el breve período, siendo que las estadísticas en relación a cantidad y características de la demanda lo son para los centros de APS.

Durante la evaluación y el diagnóstico, la Trabajadora social expresa que es necesario conocer principalmente de la madre adolescente, quién será la persona responsable que va a acompañar la crianza del niño y el

establecimiento de contacto con el Centro de APS o CPDN (si el caso lo requiere) que va a acompañarla en el seguimiento.

VSUPERVISIÓN

La trabajadora social del área maternidad expresó que la modalidad de supervisión se da por pedido individual según el requerimiento del caso, pero no refirió que las mismas sean programadas ni tampoco acerca de ejes, aspectos y temas que la configuran.

Entrevistas a Trabajadores Sociales de los Centros de Atención Primaria de la Salud.

I CONCEPCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Los Trabajadores Sociales integrantes de los Centros de APS entrevistados, presentan ciertos puntos de conexión al referirse a los aspectos que se ponen en juego para que se presenten embarazos adolescentes. Los mismos son atravesados por los estereotipos frecuentemente naturalizados mencionados en el discurso de la Referente de Zona Sanitaria VIII y los coordinadores de los centros de APS. Entre los mismos pueden mencionarse las siguientes consideraciones:

- Escasa proyección de las responsabilidades a asumir en el futuro
- Repitencia de historias familiares (educacionales y laborales)
- Familia no continente
- Edad temprana como factor de riesgo

Los Trabajadores sociales reconocen como obstáculos para transitar la maternidad adolescente los siguientes:

- Deserción escolar y nivel de instrucción alcanzado
- Responsabilidad asumida por la mujer, presencia inestable del hombre
- Ausencia de red social que acompañe a la adolescente
- Falta de madurez para el desarrollo satisfactorio de la función materna

La concepción que subyace en los puntos señalados, si bien no es exclusivamente biológica, se caracteriza por su reduccionismo y por centrar su atención en la situación del embarazo propiamente dicho y no en la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva en su sentido más amplio desde la perspectiva de género.

Otro aspecto en el que se concuerda desde los diferentes profesionales es el de concebir el embarazo adolescente no como un problema en sí mismo; esta enunciación se fundamenta en el deseo particular de las adolescentes de ser madres como variable explicativa de dicha afirmación. Sin embargo, se infieren algunas contradicciones al situar la responsabilidad por el embarazo a los individuos particulares sin tener una visión abarcativa e integral que incluya el papel del Estado y sus políticas, así como contexto social, económico, cultural. La siguiente afirmación de una Trabajadora social clarifica lo antedicho: *“si el embarazo es deseado no es un problema para el adolescente pero generalmente no tienen previsibilidad de futuro ni de las responsabilidades que van a tener con ese hijo” (S: Trabajadora Social).*

En cuanto a la identificación de los problemas recurrentes que presentan las adolescentes en esta situación, hay una tendencia generalizada en los Trabajadores Sociales de considerar el riesgo como una característica inherente a la adolescencia. Una expresión da cuenta de esto *“Siguen teniendo vida adolescente y hacen que el niño este expuesto a riesgos como accidentes domésticos o patologías no tratadas” (L: Trabajadora Social).*

En el caso del riesgo pueden diferenciarse varias cuestiones cuyo sentido es que asignan responsabilidades respecto de la situación de riesgo. Puede considerarse que este es exterior a la persona que lo corre o que es de su

propia responsabilidad. La idea de riesgo es ampliamente utilizada para diseñar las políticas en salud y se refiere a la prevención de factores que al prolongarse, o no ser atendidos, desembocan en la perpetuación de problemáticas sociales. Estas situaciones pueden ser de origen biológico, cultural, social además del entorno geográfico continente de estas tres. El origen social del riesgo adquiere un predominio notorio sobre los demás, transformándose en la variable explicativa fundamental e interviniendo como determinación principal de los orígenes culturales y biológicos.

La categoría de riesgo aparece como explicativa en las percepciones de los trabajadores sociales. Sin embargo, no es una categoría que pueda explicar suficientemente el fenómeno, sino, que debe utilizarse como un concepto útil para manejar parte del problema acerca del que se intenta dar cuenta y no para entenderlo por completo.

En cuanto al conocimiento necesario para atender a los adolescentes, algunos discursos desplegaron una visión respaldada en el marco conceptual del programa y el concepto ordenador de la ley, es decir, la aseveración de que la salud sexual y reproductiva es un derecho que promueve la libertad individual y la necesidad de orientación en materia de planificación familiar. Por otra parte, el resto de los trabajadores sociales redujeron el conocimiento a la situación particular del adolescente y refirieron categorías abstractas como situación familiar en general, laboral, educativa y sólo centraron su atención en la situación de embarazo en particular. Así lo enunciaba una Trabajadora Social *“necesitamos conocer quién puede acompañarla en la crianza de su hijo, su experiencia como hija y su idea acerca de la maternidad”*(C: Trabajadora Social).

Una de las fuentes entrevistadas sólo se refirió a la disponibilidad horaria y la presencia continua que deben tener para la atención a la adolescencia, pero planteó que el programa atiende a las embarazadas en general y que no hay un dispositivo que se centre específicamente en esta etapa. Expresó que *“Sólo concurren al centro 5 adolescentes menores de 20 años embarazadas...el adolescente no es una población que demande salvo por una dolencia específica”* (C: Trabajadora Social). Sin embargo, el Programa es claro al decir en sus objetivos:

“Contribuir en la educación sexual de la población y en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias” (objetivo N 4)

“Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes” (objetivo N 8)

En cuanto al conocimiento necesario para la prevención de embarazos no deseados, no se detectan en los discursos líneas operativas concretas y complejas sino que se aluden a cuestiones generales referidas a futuro como la creación de dispositivos de atención. Siendo estos uno de los ejes fundamentales para el trabajo desde APS, se evidencia insuficiente presencia de los mismos y poca claridad de las líneas de acción a programar. Una cita puede plasmar lo anterior *“Si hubiera educación sexual y educación de proyecto de vida seguramente las adolescentes elegirían no embarazarse”* (C: Trabajadora Social). Una más respecto a lo anterior puede reforzar la argumentación: *“hay que generar dispositivos de prevención para que sea una*

situación que pueda elegirse y no lo que le tocó a la adolescente por no tener conocimiento” (L: Trabajadora social).

II EL TRABAJADOR SOCIAL Y LOS RECURSOS

En cuanto a los recursos humanos y la percepción de los Trabajadores Sociales acerca de la disposición de horas y cargos suficientes para la implementación del Programa, existieron diferentes posiciones que pueden sintetizarse en tres grupos principales:

- Inexistencia de horas específicas destinadas al Programa y cargos insuficientes (requerimiento de Psicólogos y médicos generalistas)
- Existencia de un espacio con día, lugar y hora asignado (una vez a la semana)
- Abordaje del programa en horarios idénticos a los horarios generales de servicio (sin lugar específico)

En relación a la disposición de equipamiento e insumos, todos los Trabajadores Sociales de los centros remarcaron la existencia de anticonceptivos, como no así espacios propios para la realización de actividades para el Programa que permitan contener la demanda de la población ni tampoco materiales necesarios para la realización de talleres como dispositivos de extensión a la comunidad para trabajar en prevención y promoción.

Al aparecer el anticonceptivo como único recurso material constante (si bien es fundamental para el despliegue de la política) aparecen contradicciones fundamentales desde los lineamientos del programa, en cuanto al proceso de aprendizaje y la consejería que plantea como pilares de la promoción en salud

reproductiva. Esta situación encuentra su punto máximo al referir una Trabajadora social que: *“hace un año que no podemos hacer los talleres de salud reproductiva...tenemos una demanda de 60 adolescentes embarazadas y no contamos con un espacio para trabajar temas relacionados al género, la violencia y para promover el aprendizaje sobre la sexualidad en sentido amplio”* (S: Trabajadora Social).

III EL TRABAJADOR SOCIAL Y EL EQUIPO DE ATENCIÓN

III 1 ESTRUCTURA

Lo anterior referido a los recursos, repercute en la estructura del equipo de atención en el que están insertos los Trabajadores Sociales y en el abordaje que pueden hacer del Programa al disponer de forma desigual horas, días y lugar asignado para el trabajo con el mismo.

Entre las percepciones acerca de la equidad en la asignación de cargos y horas de acuerdo a la composición del equipo, sólo uno de los Trabajadores Sociales expresó: *“El equipo lo conformamos una enfermera y yo...sólo los viernes que es el día del taller viene el obstetra y que además está asignado desde hace un mes...necesitamos más profesionales”* (C: Trabajadora Social).

El resto de los entrevistados expresaron su conformidad al respecto aunque denotando una subjetividad relativa a las características de los vínculos personales con los profesionales del equipo.

Es recurrente, salvo el caso mencionado, una mirada individual, parcial y autoreferenciada hacia los recursos y no a nivel de política y de atención integral a la comunidad.

III 2 FUNCIÓN

Las incumbencias del Trabajo Social en torno al embarazo en la adolescencia, en el marco del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, son definidas por los propios profesionales orientándose principalmente hacia:

- Orientar, educar y contener
- Que las adolescentes puedan prever próximos embarazos
- Evitar la vulneración de derechos en materia de salud sexual y reproductiva

El primer grupo de incumbencias expresadas alude a principios con un gran nivel de abstracción que no despliegan indicadores acerca del desenvolvimiento de esos ejes. Los mismos son expresados como: *“no es mucho lo que el Estado puede hacer con esas adolescentes....nuestra función principalmente es acompañar el proceso, orientar-educar-contener creo que son las cuestiones fundamentales”*(C: Trabajadora Social).

El segundo y tercer grupo también se referencian abstractamente y a nivel de acceso a planes de los que pueden ser beneficiarias por la situación de maternidad. Una expresión lo dice al plantear que *“lo principal es evaluar que no se les esté vulnerando ningún derecho y que accedan a lo que les corresponde acceder...insistimos con que se hagan el DNI ya que al nacer su bebé pueden acceder a planes como el de asignación universal”* (S: Trabajadora Social).

Al desplegarse de esta forma las incumbencias del trabajador Social, se refuerza una intervención reduccionista que plantea los Derechos como

medios para el acceso a determinados beneficios y no promueve el aprendizaje e internalización de los mismos para el ejercicio de la máxima libertad posible en la que puede desenvolverse la persona.

El programa no predetermina actividades para los Centros de salud sino que cada uno de estos genera los dispositivos de atención necesarios para el abordaje en salud sexual y reproductiva. Algunos, como se viene mencionando, realizan las actividades a través de talleres y comparten principalmente el trabajo con temáticas como violencia, género, identidad, entre otras. Tampoco en este punto se especifican las bases que promueven el tratamiento de estos aspectos y se enuncian en un carácter más retórico que empírico. El trabajo con la identidad aparece centrado sólo en la importancia del DNI y su ligazón con los beneficios que apareja desarrollados anteriormente.

III 3 RELACIÓN

Las formas de comunicación que predominan entre los integrantes de los equipos de salud que trabajan con el programa, se caracterizan por su informalidad y cotidianeidad y hasta con el mencionado indicador de afinidad entre los profesionales. No hay reuniones programadas ni personal que se reúna regularmente así como tampoco temas y ejes que las configuran. Los Trabajadores Sociales plantean la inexistencia de un orden jerárquico en las mismas aludiendo a:

“no existe un nivel jerárquico porque no somos evaluados entre nosotros, se trata más bien de un intercambio” (C: Trabajadora social)

“Existe pero no se hace notar tratamos de compartir las intervenciones y evaluar aquellas cosas que requieren la intervención de otra disciplina” (M: Trabajadora Social).

Las versiones anteriores, además de plasmar la inexistencia de una mirada intersubjetiva e interdisciplinaria en torno a la implementación del Programa, denotan un desconocimiento hacia la inherencia de la jerarquía en cualquier estructura institucional y su indiferenciación con lo que pueden ser relaciones verticales u horizontales en torno a cómo circula la información entre los profesionales.

IV EL TRABAJADOR SOCIAL Y LA INTERVENCIÓN

Además de los talleres que algunos centros de APS despliegan como dispositivo de atención en el marco del Programa, el principal de estos para la atención del embarazo adolescente es el consultorio. Este dispositivo se centra en las adolescentes ya embarazadas como principal criterio de admisión. Los centros que sólo poseen trabajo en consultorio trabajan con la prevención luego la existencia de embarazos. Aquí se torna crucial comprender la importancia del despliegue de acciones en materia de prevención y promoción que excedan los clásicos mecanismos de atención establecidos institucionalmente (tales como trabajo en la comunidad, proyectos de extensión y articulación con otros actores extra institucionales).

La primera entrevista en pos al diagnóstico y la evaluación involucra aspectos tales como datos de base sumados a nivel de instrucción, ocupación, situación de pareja, uso de anticonceptivos previos al embarazo, grupo conviviente, entre los principales. Se evidencia desconocimiento y poca

precisión al indagar acerca de la necesidad de conocer esos aspectos. Algunas frases aluden a:

“es necesario saber cómo está plantada la pareja para afrontar esta nueva etapa, lo habitacional y familiar son aspectos que hablan mucho de la situación”

(C: Trabajadora Social)

“en la primera entrevista se detectan factores de riesgo para ese bebé que está en camino”(S: Trabajadora Social).

En torno al seguimiento como momento constituyente de la intervención, el mismo es referenciado como un acompañamiento y se infieren algunos aspectos de control en torno al mismo. Los Trabajadores Sociales de los Centros coincidieron en que este se realiza según factores de riesgo. Estos para los mismos son:

- Ausencia de controles durante el embarazo
- Situaciones asociadas no referidas específicamente a la salud sexual y reproductiva(violencia familiar, adicciones)
- Alimentación durante el embarazo

Los factores tienen un predominancia biológica y médica clásica denotando un trabajo funcional a la lógica médica de la institución más que complementaria y sinérgica con el aporte de la evaluación y seguimiento desde la especificidad del Trabajo social.

V TRABAJO SOCIAL EN EL EQUIPO DE PLANIFICACIÓN

Al indagar sobre los aportes que el Trabajo Social puede hacer equipos de planificación, se visualiza una mirada acrítica y funcional a la planificación

normativa, que como ya se reiteró en análisis anteriores, es contraria a los supuestos de planificación estratégica que proponen las líneas de acción del Programa de Salud sexual.

Como aportes potenciales que el Trabajo Social podría hacer a la planificación desde el nivel central aparece una coincidencia en el discurso de los entrevistados en dos aspectos principales:

- Conocimiento de las relaciones familiares, vinculares y cotidianeidad de los actores sociales.
- Conocimiento en la elaboración de diseños en planes y proyectos

Además de no estar referenciados a la salud sexual y reproductiva y al conocimiento sistematizado por los Trabajadores Sociales en esta temática, los profesionales no expresan necesidad de implicarse en estas instancias aludiendo a cuestiones que los exceden y de las que no forman parte. Las siguientes afirmaciones dan cuenta de esto:

“los aportes se hacen desde el trabajo cotidiano....no son escuchados porque esto tiene que ver con una cuestión política”(C: Trabajadora social)

“eso pasa por una cuestión personal...tratamos de aportar desde nuestro trabajo diario”(S:Trabajadora Social).

La concepción que subyace en torno a la planificación tiene un carácter ingenuo, reduccionista y posiciona la política como una esfera aislada y de acción directa de algunos sectores en particular, sin reconocer la injerencia que la profesión debe tener en la misma a la hora de la toma de decisiones. El

desconocimiento de esto posiciona a los Trabajadores Sociales en un lugar descontextualizado del entorno institucional y refrena sus posibilidades de aportar cambios a situaciones que atraviesan el sistema atención primaria de la salud.

VI CAPACITACION

Los Trabajadores Sociales en su totalidad expresaron la inexistencia de capacitaciones desplegadas desde el Programa y desde el Centro en torno a la salud sexual y reproductiva.

Algunos de los profesionales mencionaron la concurrencia a capacitaciones en el marco de organizaciones independientes del Programa y el centro referidas a la temática y la dificultad de acceder a las mismas en horarios de trabajo.

Lo anterior permite vislumbrar el lugar que ocupa desde el Centro la formación permanente de los profesionales en la temática, quedando plasmado en la siguiente afirmación: *“con muchísima dificultad nos autorizan la participación en jornadas y cursos, sino nos descuentan el día”*(C: trabajadora Social).

VII SUPERVISIÓN

Los Trabajadores Sociales cuentan con Reuniones con el Referente del Programa a nivel municipal con el objetivo de supervisar el uso de recursos y no a fin de evaluar ni planificar procesos integrales constituyentes del mismo.

Estas reuniones no son programas y en todos los Centros de APS entrevistados se han dado con una cantidad de una a dos en el presente año.

Lo mismo sucede con los coordinadores en tanto reproducen la modalidad de supervisión de los niveles jerárquicos superiores y la misma no es percibida como un aspecto incompleto o reduccionista por parte de los Trabajadores Sociales entrevistados que legitiman que la función de los mismos debe centrarse en lo administrativo. Las siguientes expresiones reflejan esto:

“las reuniones son para supervisar el uso de los recursos....la modalidad en salud reproductiva no tiene que ver con intercambio de experiencias ni evaluación de impacto”(C: trabajadora Social).

“se supervisan los recursos porque ellos deben dar cuenta en que se gasto la plata...en ese sentido que bajen los insumos de REMEDIAR da más organización y transparencia” (M: Trabajadora Social).

La importancia que tienen las supervisiones a los profesionales en Trabajo social pueden resumirse en tres puntos principales:

- **Promover** su integración en la función ejercida; el perfeccionamiento de la actividad profesional procurando la mejora de sus habilidades; y el desarrollo de la capacidad ejecutiva y organizativa.
- **Estimular** el interés por realizar un trabajo serio y eficiente; buenas relaciones de cooperación entre Trabajadores Sociales y con otros profesionales.
- **Obtener** su participación en la elaboración de planes, programas, proyectos y reglamentos; el estudio, interpretación y valoración de las necesidades problemas y realizaciones de la institución, sobre una base

realista; la evaluación del rendimiento laboral propio y en la evaluación de los programas y servicios que presta la institución.

Conclusiones

Una política sanitaria es producto de la política social, y desde allí surge la necesidad de reflexionar sobre el carácter no sólo asistencial de la misma sino también anticipatorio y estratégico, una política que genere el diálogo entre los diferentes actores. Dentro de los equipos de salud es necesario la conformación de relaciones simétricas, tratando de generar transformaciones que apunten a mejorar la accesibilidad al sistema de salud, en una sociedad donde se mantiene la visión de la salud como algo estático, que será resuelto en la medida en que sea redituable su solución o que implique disolver, aunque sea momentáneamente, su conflictividad.

La lógica que atraviesa a los efectores del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable a nivel de los Centros de Atención Primaria denota una concepción de la política en términos negativos. Esto constituye un importante problema político en el campo de la salud. Estos actores juegan un papel crucial y sólo cuando se comprendan los problemas que se desprenden de los procesos de formación, formulación y administración de las políticas públicas, vistas con criterios políticos y no tan solo racionales, se propenderá a la actuación de los mismos en tanto actores con decisiones y propuestas de cambio.

Tanto en los casos en que se presenta un profundo conocimiento del marco legal y conceptual de la Ley 25. 673, como en aquellos que no denotan una referencia en este avance jurídico en el tratamiento del tema, siguen reforzándose prácticas que centran en la mujer la responsabilidad única por el embarazo y el transcurso del mismo y no se evidencia un trabajo de prevención con ambos sexos (ya que la Ley contempla en sus enunciados la salud sexual y no solo el embarazo).

La concepción de riesgo para el abordaje de la Salud sexual en los adolescentes, es un factor predominante que respalda la mirada que los profesionales hacen de la temática. Sin embargo, esta noción es construida unidireccionalmente por los efectores como parámetro general para analizar todas las intervenciones, sin incorporar de este modo, la perspectiva de las adolescentes involucradas.

Las tareas de prevención se suelen centrar en las adolescentes y suelen dejar de lado la capacitación de los agentes que tienen contacto con ellas, para ayudarlos a resolver las dificultades y contradicciones que se generan en sus prácticas.

Se infiere que si pueden revisarse las prácticas con las adolescentes embarazadas, a través de la reflexión y compromiso de los que trabajan con ellas, las intervenciones serán seguramente más efectivas sobre cada adolescente singular.

Uno de los mayores desafíos de los Trabajadores Sociales es desarrollar la capacidad de descifrar la complejidad de la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y efectivizar derechos a partir de demandas emergentes en lo cotidiano. Es fundamental el cuestionamiento de desde dónde posicionarse para la intervención y cómo se enmarca en los lineamientos de la política institucional; es decir, si se pretende trabajar desde una perspectiva universalista de derechos de ciudadanía o dar respuestas focalizadas y asistenciales.

Es necesario repensar con qué grado de coherencia se interviene en lo social, problematizar teóricamente desde qué marco conceptual se genera y

hacia dónde se orienta la gestión pública de la institución en la que se está inserto.

Se considera pertinente y urgente reconocer y problematizar la tensión existente entre un modelo asistencial de intervención en lo social y uno que posibilite la construcción de ciudadanía. Desnaturalizar las incoherencias, arbitrariedades e injusticias de las instituciones de las que son parte los Trabajadores sociales esforzándose por interpretarlas y cuestionarlas.

La investigación condujo a visualizar la presencia de brechas existentes entre la apropiación conceptual y operativa del Programa de Salud Sexual Y Procreación Responsable y la práctica cotidiana profesional de los efectores involucrados en el mismo. Aunque dicha apropiación puede efectuarse a nivel teórico y discursivo, se observa que los esfuerzos por coordinar las acciones requieren de una mayor complejización y conocimiento abarcativo de la temática de la maternidad adolescente.

Anexo

Ley 25.673/2003

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

ARTICULO 1° - Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

ARTICULO 2° - Serán objetivos de este programa:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbilidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

ARTICULO 3° - El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

ARTICULO 4° - La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

ARTICULO 5° - El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud;

b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;

c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;

d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de

prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario.

ARTICULO 6° - La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;

b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT.

Aceptándose además las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, requeridas formalmente como método de planificación familiar y/o anticoncepción; (Párrafo incorporado por art. 8° de la Ley N° 26.130 B.O. 29/8/2006)

c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

ARTICULO 7° - Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

ARTICULO 8° - Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

ARTICULO 9° - Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

ARTICULO 10° - Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, inciso b), de la presente ley.

ARTICULO 11° - La autoridad de aplicación deberá:

- a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;
- b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las

alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 12º - El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

ARTICULO 13º - Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

ARTICULO 14º - Comuníquese al Poder Ejecutivo. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DOS.

Ley 13.066

ARTÍCULO 1º:

Créase en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, el Programa Provincial que garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable. La Presente Ley encuentra su sustento jurídico en el artículo 16º inciso e) de la Ley Nacional 23.179 y en el Derecho Humano Básico de toda persona a mantener y restituir su salud, como también a proteger a la familia, considerada ésta como una sociedad natural existente antes que el propio Estado.

ARTÍCULO 2º:

Este Programa está destinado a toda la población, sin discriminación alguna y serán sus objetivos los siguientes: Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana. Respetar las pautas culturales, éticas y religiosas del demandante Valorar la maternidad y la familia. Asegurar que el presente Programa no se instrumente al servicio de políticas de control demográfico, eugenésicas o que impliquen agravios a la dignidad de la persona. Disminuir la morbimortalidad materno infantil. Contribuir en la educación sexual de la población y en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias. Garantizar a las mujeres la atención durante el embarazo, parto y puerperio. Prevenir mediante información y educación, los abortos. Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenéricos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción. Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable. Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada. Capacitar a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual para ayudar a la familia en la educación de los hijos en esta materia. Promover la lactancia materna y posibilitar las condiciones para el amamantamiento dentro de los horarios y lugares de trabajo como también fuera de él. Informar, otorgar y prescribir por parte del profesional médico, de los conceptivos y anticonceptivos, aprobados por el ANMAT, de carácter transitorios y reversibles a ser elegidos libremente por parte de los beneficiarios del Programa, los que

serán otorgados respetando las convicciones y criterios de los destinados. En todos los casos los métodos suministrados serán no abortivos.

ARTÍCULO 3º:

Esta ley reconoce el derecho social de la familia consagrado en el artículo 36 inciso 1) de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, y considera como premisa y fundamental la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagradas en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, reconocida en la Constitución Nacional de la República Argentina.

ARTÍCULO 4º:

El Poder Ejecutivo designará a la Autoridad de Aplicación de la presente ley.

ARTÍCULO 5º:

La Autoridad de Aplicación deberá: Garantizar el cumplimiento de los objetivos del Programa creado por la presente ley. Asesorar y capacitar al personal profesional y no profesional para el cumplimiento de este Programa. Coordinar con las autoridades educativas de la Provincia de Buenos Aires las acciones, metodologías y expectativas de logro a desarrollar para con los educandos según el nivel de educación que cursen. Dictar los reglamentos necesarios para hacer efectivos cada uno de los objetivos. Supervisar, monitorear e informar acerca de la evolución del Programa y proponer los mecanismos de ajuste que a su juicio considere necesarios. Universalizar la información de manera tal que la misma llegue a toda la población de esta Provincia, en especial a jóvenes y adolescentes escolarizados y no escolarizados. Informar

sobre las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo.
Elaborar estadísticas. Asegurar la provisión y abastecimiento de los insumos, bienes y servicios no personales, que resulten necesarios para el cumplimiento del presente Programa y en el mismo sentido a los Centros de Salud o dependencias en las cuales se desarrollen acciones previstas en la presente ley.

ARTÍCULO 6°:

El Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) incorporará dentro de su cobertura médico asistencial las prestaciones médicas y farmacológicas referidas a los métodos conceptivos y anticonceptivos no abortivos y de carácter transitorio y reversibles, que al efecto fije la autoridad de aplicación de la presente ley.

ARTÍCULO 7°:

Las autoridades educativas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a los objetivos del presente Programa en coordinación con la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 8°:

Autorízase al Poder Ejecutivo a adherir a las Leyes Naciones que en idéntico sentido se dicten con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los habitantes de la Provincia de Buenos Aires, debiendo dar cuenta a la Honorable Cámara de Senadores y Diputados, respectivamente.

ARTÍCULO 9°:

Invítase a las Municipalidades de la Provincia de Buenos Aires a adherir a la presente ley.

ARTÍCULO 10°:

Autorízase al Poder Ejecutivo a realizar las adecuaciones necesarias en el Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos del ejercicio correspondiente con la finalidad de dar cumplimiento al presente Programa.

ARTÍCULO 11°:

Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Anexo

Reglamentación de la ley 13.066

ARTÍCULO 1°:

La implementación de esta ley tendrá como premisa principal el respeto al derecho del hombre y de la mujer:

- a) A obtener información sobre salud reproductiva y sexual
- b) Tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces y aceptables en materia de planificación familiar. 3- Recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que brinden las máximas posibilidades de tener hijos sanos.
- c) Adoptar decisiones en materia de salud reproductiva sin sufrir discriminación, coacción o violencia.
- d) prevenir y tratar enfermedades de transmisión sexual, VIH / SIDA, y patologías genitales y mamarias.

ARTÍCULO 2º:

En este Programa se concibe a la información y educación para la salud como componentes esenciales para el cumplimiento efectivo del derecho a la salud de las personas.

A esos fines, se articularán y promoverán -a partir de una planificación que tome como punto de partida el primer nivel de atención de la salud y se extienda hacia los restantes niveles de atención, acciones que asistan a la mujer embarazada y su hijo desde el momento de la concepción, a lo largo del embarazo, parto y puerperio. .

Serán obligaciones del profesional médico interviniente, en relación a la demanda de métodos conceptivos o anticonceptivos por parte de los beneficiarios, las siguientes:

- a) Realizar los estudios previos que correspondan a la prescripción.
- b) Informar a los beneficiarios de manera completa, incluyendo los efectos colaterales que pueda producir cada indicación, tanto a corto como a largo plazo. La información será clara, suficiente, adecuada y con lenguaje acorde a las condiciones personales del beneficiario, en relación a las ventajas y desventajas de cada método, en forma previa al suministro, diferenciando los métodos naturales -entendiendo por tales aquellos vinculados con la abstinencia periódica- de los no naturales. Se promoverá en particular el uso de preservativos como método de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

c) Respetar los criterios o convicciones de los destinatarios en la prescripción, una vez que han sido informados, salvo contraindicación médica específica.

d) Dejar constancia escrita del consentimiento informado, a cuyo efecto se requerirá al destinatario, la suscripción del documento que acredite que la información fue suministrada en debida forma. Para el caso de menores de edad, que concurrieren a la consulta acompañados por un adulto, se requerirá asimismo, la firma de este último.

e) Para el caso de optar el beneficiario por un método no natural, deberá restringir la indicación a alguno de los incluidos en el listado de métodos no abortivos, transitorios y reversibles que al efecto elabore la ANMAT. El Ministerio de Salud gestionará la suscripción de un convenio de colaboración con el mencionado organismo, a efectos de posibilitar la aplicación del presente.

f) Efectuar el seguimiento y control periódico del beneficiario, con posterioridad a la utilización del método elegido.

g) Se respetará el derecho de los profesionales a ser objetores de conciencia, los que serán exceptuados de su participación en este programa. Esta situación deberá ser informada a los directivos del establecimiento en el que se desempeñen y a las personas que soliciten su asistencia profesional, a efectos de procederse, con miras al cumplimiento del presente programa, a su reemplazo por otros. Los centros asistenciales deberán garantizar la

implementación del Programa, realizando la derivación a otro profesional o servicio.

ARTÍCULO 3º:

A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, se lo considera al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del mas alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención de la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades.

Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

En todos los casos, y cuando corresponda por indicación del profesional interviniente, se favorecerá la prescripción de los métodos de barrera, particularmente el preservativo, a los fines de prevenir enfermedades de transmisión sexual y HIV / SIDA. Sólo previa evaluación clínica por parte del profesional, se podrá prescribir además otros métodos de los mencionados en el art. 2 inc. e) de la presente reglamentación. En ese último supuesto, las personas menores de 14 años, deberán contar con el consentimiento expreso de los padres o adulto responsable.

Quedan incluidas en los alcances del presente programa, las personas que padezcan de discapacidad mental internadas en establecimientos psiquiátricos o externados.

En ese caso, será necesario el consentimiento de curador o representante legal.

ARTÍCULO 4º:

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, será la autoridad de la aplicación de la Ley N° 13.066 y de la presente reglamentación.

ARTÍCULO 5°:

En las acciones de educación sexual, así como en las destinadas a prevención y detección de enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias del presente Programa, se propenderá a la inclusión de la totalidad de la población.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección Provincial de Capacitación para la Salud, será el encargado de generar el contenido y las acciones de educación de profesionales y no profesionales para el cumplimiento del presente Programa.

El Ministerio de Salud y la Dirección de Cultura y Educación articularán planes de acción conjunta para el desarrollo de las actividades educativas, los que deberán ser aprobados por las autoridades máximas de cada repartición, en el marco de esta ley y la Ley Federal de Educación. Podrán asimismo incorporarse acciones a desarrollarse conjuntamente con la Subsecretaria de Trabajo

Todo servicio que forme parte del presente programa deberá suministrar la información a la autoridad de aplicación de acuerdo a los indicadores que al efecto se establezcan..

ARTÍCULO 6°:

El Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) deberá desarrollar un Programa que de cumplimiento a los objetivos establecidos por el art. 2 de la presente

reglamentación, incorporando la cobertura de los métodos previstos en el Programa Provincial en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

ARTÍCULO 7º:

Sin reglamentar

ARTÍCULO 8º:

Sin reglamentar

Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

1.Fundamentación

El Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (PPSRyPR) se crea a partir de la Ley 13.066 sancionada en Mayo de 2003 con el propósito de garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable, para toda la población sin discriminación alguna (Art. 2 Ley 13.066). En Noviembre de 2003 el Decreto Reglamentario 2327 establece su implementación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

En el año 2007 mediante el Decreto 4559 del Ministerio de Salud se agregan las prácticas denominadas Ligadura de Trompas de Falopio y Ligadura de Conductos Deferentes o Vasectomía, como métodos de anticoncepción, en concordancia con la Ley Nacional Nro. 26.130 de A su vez, en el año 2006 (Resolución N° 1245) el Instituto de Obra anticoncepción quirúrgica

Médico Asistencial (IOMA) de la provincia de Buenos Aires aprueba el Plan SER de Salud Sexual y Reproductiva. El mismo tiene como objetivo la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades de transmisión sexual y cáncer genito mamario, y busca garantizar el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, encuadrándose en las obligaciones emanadas de la Ley 13.066.

Desde su creación, el Programa funcionó como Subprograma dentro del Area Materno Infantil. En mayo de 2010 mediante Resolución N° 1395 El Programa comienza a funcionar bajo la órbita del Área de Políticas de Género, dependiente de la Unidad Ministro. A partir de esta iniciativa, se intenta dar respuesta a los compromisos adquiridos por nuestro país con vistas a adoptar medidas tendientes a mejorar la calidad de vida de la población a través de la adopción de un enfoque de derechos y de género en los servicios de la salud. La perspectiva de género resulta fundamental en un abordaje tendiente a la promoción de los derechos y la construcción de una perspectiva que denuncia situaciones de desigualdad, discriminación y violencia y que intenta promover relaciones más igualitarias. Ella implica:

- La participación y el protagonismo de todos y todas en el cuidado de la salud en general y de la salud sexual y reproductiva en particular.
- La consolidación de una mirada crítica tendiente a desnaturalizar ciertas percepciones y estereotipos que, al negar las

singularidades, pueden conducir a situaciones de discriminación y violencia.

- La identificación de obstáculos para el ejercicio pleno de los derechos.
- La construcción de estrategias conjuntas tendientes a atenuar desigualdades materiales y simbólicas y a promover relaciones más igualitarias.

Desde esta perspectiva, la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de varones y mujeres es una de las acciones que desde el enfoque de género favorecen la mejora de la calidad y equidad del sistema de salud, contribuyendo así a disminuir las desigualdades.

2. Organización

El Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (PSR y PR) cuenta en cada una de las Regiones Sanitarias con un Referente de Salud Reproductiva y PR del área que tiene a su cargo las acciones concernientes a su difusión e implementación.

3. Objetivos

1. Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana.
2. Respetar las pautas culturales, éticas y religiosas del demandante.
3. Disminuir la morbi-mortalidad materno infantil.

4. Contribuir en la educación sexual de la población y en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias.
5. Prevenir mediante información y educación, los abortos.
6. Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción.
7. Promover la participación de los varones en el cuidado de la salud reproductiva y la paternidad responsable.
8. Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes.
9. Capacitar a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual.
10. Informar, otorgar y prescribir por parte del profesional médico, de los conceptivos y anticonceptivos, aprobados por la ANMAT, de carácter transitorios y reversibles a ser elegidos libremente por parte de los beneficiarios del Programa, los que serán otorgados respetando las convicciones y criterios de los destinados.

Marco Conceptual

El Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable ha adoptado como marco que le otorga sentido y direccionalidad a sus acciones las definiciones del Plan de Acción de la V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Capítulo VII: Derechos reproductivos y salud reproductiva).

El Programa entiende a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y tener hijos, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la *atención de la salud reproductiva* se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del

derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.

La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son

particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.

A estas definiciones, acordadas por los estados miembros, se suma el compromiso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que indica entre otros, ofrecer servicios de alta calidad de planificación de la familia; eliminar el aborto realizado en malas condiciones; combatir las ITS, inclusive el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervical y otros trastornos ginecológicos y promover la salud sexual.

La Asamblea reconoció el Programa de Acción de la CIPD y exhortó a los países a adoptar y aplicar la nueva estrategia como parte de las acciones para conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En relación a la salud sexual y reproductiva se incluye la necesidad de incorporarla como parte integrante de la planificación y el presupuesto; fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los de salud de la madre y del recién nacido, con la participación de las comunidades y las ONG; velar por que la puesta en práctica de las normas beneficie a los pobres y a otros grupos marginados, incluidos los adolescentes y los hombres e incluir todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva en los informes nacionales sobre el progreso hacia los marcos legales.

Líneas de acción

Fortalecimiento de la gestión integral del Programa Provincial

- Diseño e implementación del Programa desde un enfoque de derechos y de género y atendiendo a la promoción de la APS.
- Conformación del equipo de trabajo y de las áreas de trabajo en función de las múltiples dimensiones de la problemática de la Salud Sexual y Reproductiva.
- Confección del presupuesto del Programa Provincial.

Conformación del Sistema de Aseguramiento de insumos

anticonceptivos

- Distribución de Insumos anticonceptivos a través del Programa Remediar + REDES.
- Compra de Insumos por parte del Programa Provincial: Realización de la 1º licitación Pública realizada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires e inclusión en el Presupuesto Provincial.
- Promoción del acceso gratuito a métodos anticonceptivos hormonales (orales combinados, orales para lactancia e inyectables), dispositivos intrauterinos (Diu) AHE, ligadura tubaria y vasectomía y preservativos. Cobertura para usuarias del sistema de Obras Sociales y Medicina Prepaga.

Fortalecimiento de los Programas Regionales y Municipales de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

Implementación de proyectos de capacitación y asistencia técnica que apunten al fortalecimiento de la gestión de los Programas Regionales y Municipales en las 12 Regiones Sanitarias. Dichos proyectos configuran las

“buenas prácticas” en salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de derechos y de género y se realizan con el apoyo de distintos organismos nacionales e internacionales (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA; OPS; FLACSO; IPPF; FUSA).

El proceso de definición de ejes temáticos, lineamientos y focalización territorial de las acciones de capacitación y asistencia técnica se apoya en el análisis de los objetivos de gestión del Programa, de lograr la disminución de las brechas en salud sexual y reproductiva que afectan a la población enfocándose en dos dimensiones clave: accesibilidad y calidad de atención. Los ejes temáticos de las actividades de capacitación son los siguientes:

- Género y Derechos sexuales y reproductivos.
- Consejerías en salud sexual y reproductiva destinada a jóvenes y adultos/as.
- Consejerías posaborto.
- Sexualidad adolescente.
- Violencia de género y violencia sexual.

Implementación programas de formación continua y capacitación de los recursos humanos del Programa

-Calificación del recurso humano de los servicios de SRyPR y promoción del Enfoque de derechos y de género

-Promoción y extensión de servicios y modalidades de consejerías para adolescentes y jóvenes

-Capacitación en servicio

En el marco de las supervisiones de servicios, se propone también la capacitación de los efectores, promoviendo la comprensión y reflexión sobre las prácticas profesionales para su mejoramiento permanente.

- Encuentros Regionales Intersectoriales

Este dispositivo busca generar un espacio de trabajo e intercambio a nivel regional entre el PPSRyPR, los Programas Regionales y Municipales, efectores y otros sectores vinculados con la temática (educación, desarrollo social, cultura, juventud, universidad) con la finalidad de articular estrategias conjuntas que fortalezcan las acciones de promoción integral de la salud sexual y reproductiva que se estén implementando a nivel local y regional.

Visitas de Supervisión de Servicios de SR y PR

En el marco del Proyecto de mejora de la calidad de servicios de Salud Sexual y Procreación Responsable (PPSRyPR y Programa Funciones Esenciales de Salud Pública-FESP) se apunta al fortalecimiento de los actores a nivel del territorio en aspectos clave a la gestión de los programas regionales de SRyPR. El propósito consiste en articular y profundizar los ejes programáticos llevados adelante por los equipos locales en cada jurisdicción y detectar información relevante para la toma de decisiones en el marco de la mejora de la atención y calidad de servicios de SSyPR.

Comunicación Social

- Convenios de cooperación con otras áreas de gobierno y diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales que promuevan la difusión de los Derechos sexuales y Derechos reproductivos en el marco de los Derechos Humanos. (Sec. De Derechos Humanos, Universidades).
- **CAMPAÑAS de COMUNICACIÓN** Esta acción es fundamental para el fortalecimiento del Programa Provincial, como así también en la difusión de los Derechos sexuales y Derechos reproductivos.
- **LINEA TELEFONICA GRATUITA 0800 SALUD SEXUAL.** Acciones de apoyo y difusión del 0800 del Ministerio de Salud de la Nación que brinda información en salud sexual y reproductiva a toda la población a fin de promover la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información.
- **CONSULTAS EN LINEA.** Acceso a consultas y contenidos del Programa Provincial a través de la WEB del Ministerio de Salud.
- Distribución de materiales de difusión del Programa en lugares estratégicos.
- Acciones comunicacionales diversas a través de micromedios y medios de alcance comunitario, incluyendo actividades de comunicación y educación.

Desarrollo Comunitario y participación social

- Construcción de un espacio institucional y sistemático para monitorear las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva desde la perspectiva de la población usuaria.

- Articulación y diálogo con referentes de instituciones de la sociedad civil, organizaciones comunitarias y movimientos sociales que permita promover los derechos sexuales y reproductivos, la difusión de derechos, la sensibilización e incidencia en el espacio público y el incremento y mejoramiento del acceso y el efectivo uso de los servicios.
- Acompañamiento y asistencia técnica a proyectos de SSyPR desde es espacio comunitario y social mediante la realización de reuniones destinadas a trabajar en el diseño, planeamiento, organización y fortalecimiento de acciones de promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Articulaciones interministeriales e intersectoriales

- Construcción de un espacio de articulación y reflexión y análisis de la problemática de la educación sexual (marco conceptual, perspectivas y abordaje) desde el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos y sus derivaciones al campo de la educación formal y no formal.
- Generar investigaciones desde una perspectiva multidisciplinaria.
- Construir un espacio de trabajo conjunto entre los Programas de los distintos ministerios (Salud, Educación, Desarrollo Social).

Consejo Asesor del PPSRyPR

- Construir un espacio de diálogo y cooperación entre el Programa Provincial e integrantes de agencias de Naciones Unidas, de las asociaciones científicas y profesionales, del sector educativo y de organizaciones no gubernamentales especializadas en la temática, con

el objetivo de analizar y debatir los principales temas que competen al área, así como también elaborar líneas de acción posibles.

ENTREVISTA LOS REFERENTES DEL PROGRAMA

I. DATOS DE BASE

Cargo
Profesión
Datos de contacto

.1 Objetivos generales

.2 Objetivos particulares

II CONCEPCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- ¿Qué cosas se ponen en juego para que se presenten embarazos adolescentes? ¿Qué otros aspectos considera?
- ¿Cuando este hecho se convierte en un obstáculo para transitar la adolescencia?
- ¿Cuáles son los problemas recurrentes que presentan estas jóvenes?
- ¿Qué es necesario conocer para atenderlas?
- ¿Qué es necesario tener en cuenta para evitar embarazos adolescentes en situación de extrema vulnerabilidad?
- ¿En que centros se implementa a nivel provincial el programa en la actualidad? ¿En cuáles a nivel municipal?
- ¿Se realizan estadísticas en relación con cantidad y características de la demanda? Si es sí ¿con qué variables? Si no ¿por qué motivos?
- ¿Tiene reuniones con el nivel executor?
 - ¿Con quienes?
 - ¿Con qué finalidad?
 - ¿Pueden realizar aportes?, ¿cuál fue el último que recibió? ¿Fue considerado? ¿Cómo?

III RECURSOS PARA EL PROGRAMA

V.2 Recursos materiales

- 1- ¿Dispone de los suficientes para implementar el programa? si ___ no ___
- 2- Si contesta no. ¿Cuáles ~~requerida~~ ^{requeridas} qué medidas implementó para modificar la situación? ¿Qué resultados obtuvo?
- 3- ¿En qué aspectos se siente apoyado? ¿En cuáles no?
- 4- ¿Cuáles son los problemas persistentes?

V.3 Recursos financieros

- ¿Dispone de los suficientes? si ___ no ___
- Si contesta no. ¿Cuáles requeriría que medidas implementó para modificar la situación? ¿Qué resultados obtuvo?
- ¿En qué aspectos se siente apoyado? ¿En cuáles no?
- ¿Cuáles son los problemas persistentes?

V LOGICA DE PROGRAMACION

V.1

a- ¿Que momentos considera centrales para la planificación y ejecución de procesos que involucran este programa?

V.2

- a- ¿Con quienes elabora planes y proyectos del programa?
- b- ¿Qué datos requiere y cómo los obtiene?

V.3

- a- ¿Cómo piensa la construcción de viabilidad de planes y proyectos del programa?
- b- ¿Cuáles son los facilitadores?
- c- ¿Cuáles los obstáculos?
- d. ¿Cuáles las dificultades?
- e- ¿Cuáles las amenazas?

VI. PLANES Y PROYECTOS DEL PROGRAMA

VI.4 EN EJECUCIÓN

- a- Denominación
- b- Objetivo
- c- Localización

VI.2 EN AGENDA

- a- Denominación
- b- Objetivo
- c- Localización

VI.3 EN FASE DE DISEÑO

- a- Denominación
- b- Objetivo
- c- Localización

VII. CAPACITACION

VII. 1 EN EL MARCO DEL PROGRAMA

- a- ¿Desde el programa se organiza alguna forma de capacitación? Si_ No_
- b- Si contesta sí
 - b- 1 ¿Cuántos eventos se realizaron durante el 2010?
 - b- 2 ¿Cómo se denominaron y cuales fueron las temáticas que abordaron?
 - b- 3 Especificar modalidad y duración.
 - b- 4 ¿Quiénes fueron los destinatarios?
 - b- 5 ¿Quiénes capacitan?
 - b- 6 ¿Quiénes participaron en las capacitaciones? ¿Existe algún tipo de estadística de las capacitaciones?
 - ¿Cómo se registra la intervención de los profesionales? ¿Existe alguna pauta de registro?
 - b- 7 ¿La participación de los profesionales asignados al programa es voluntaria?

VIII SUPERVISION

- a- ¿Desde el programa se organiza alguna forma de supervisión? Si_ No_
- b- Si contesta si
 - b- 1 ¿Quiénes son los encargados de supervisar?
 - b- 2 ¿Las supervisiones son programadas?
 - b- 3 ¿Con qué frecuencia se realizan?
 - b- 4 ¿Con qué modalidad y duración?
 - b- 5 ¿Quiénes son los destinatarios?
 - b- 6 ¿Cuáles son los ejes, aspectos, temas que configuran la supervisión?
 - b- 7 ¿Se registran las supervisiones? ¿De qué forma se registran las supervisiones? ¿Con qué finalidad se registra?

IX TODO OTRO ELEMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO APORTAR

ENTREVISTA AL COORDINADOR DEL CENTRO

. DATOS DE BASE

Centro

Nombre del Responsable y datos de contacto

Cargo

Profesión

I.1 Objetivos generales del centro

I.2 Objetivos particulares del centro

I.3 Objetivos generales del programa

I.4 Objetivos particulares del programa

III CONCEPCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

a- ¿Qué cosas se ponen en juego para que se presenten embarazos adolescentes? ¿Qué otros aspectos considera?

b- ¿Cuando este hecho se convierte en un obstáculo para transitar la adolescencia?

c- ¿Cuáles son los problemas recurrentes que presentan estas jóvenes?

d- ¿Qué es necesario conocer para atenderlas?

e- ¿Qué es necesario tener en cuenta para evitar embarazos adolescentes en situación de extrema vulnerabilidad?

f- ¿Qué actividades se realizan en este momento desde el programa de salud reproductiva y sexual?

g- ¿Quiénes coordinan y quienes intervienen?

h- ¿Cómo y donde se registran las intervenciones?

i- ¿Se realizan estadísticas en relación con cantidad y características de la demanda?

j- ¿Que nº de habitantes potenciales estarían asignados al centro? ¿Cuántos concurren? ¿Que número embarazadas atendieron durante el último año? ¿Que nº de adolescentes concurren a la consulta en ginecología? ¿Cómo se registra?

k- ¿Tiene reuniones convocadas por el responsable del Programa a nivel Municipal?

¿Con que finalidad?

¿Puede realizar aportes? ¿cual fue el último que realizó? ¿Fue considerado? ¿Cómo?

V- RECURSOS PARA EL PROGRAMA

V.1 Recursos humanos

- 1- ¿Dispone de los suficientes para implementar el programa? si ___ no ___
- 2- Si contesta no. ¿Cuales requeriría, qué medidas implementó para modificar la situación? ¿Qué resultados obtuvo?
- 3- ¿En qué aspectos se siente apoyado? ¿En cuáles no?
- 4- ¿Cuáles son los problemas persistentes?

V.2 Recursos materiales

- 1- ¿Dispone de los suficientes? si ___ no ___
- 2- Si contesta no. ¿Cuáles requeriría qué medidas implementó para modificar la situación? ¿Qué resultados obtuvo?
- 3- ¿En qué aspectos se siente apoyado? ¿En cuáles no?
- 4- ¿Cuáles son los problemas persistentes?

V-EQUIPO DE PROFESIONALES ASIGNADOS AL PROGRAMA

V.1 ESTRUCTURA Integrantes	Miembros pertenecientes a la estructura del equipo. Distribución por: relación laboral, número de profesionales, horas semanales asignadas al programa										Solo por IC (1)
	Planta		Contratados		Becarios		Concurrentes		Totales		
	Nº	Hs	Nº	Hs	Nº	Hs	Nº	Hs	Nº	Hs	
Servicio Social											
Psicología											
Obstetricia											
Enfermería											
Otros											

(1) Profesionales que no forman parte de la estructura del equipo que intervienen por interconsultas puntuales

V.2 FUNCION

- a- ¿Qué día/s, horario y lugar tienen asignado para el trabajo?
- b- ¿Cuáles son las incumbencias de cada integrante?
- c- ¿Quiénes integran cada actividad del programa?

V. 3 RELACION

- V 3 1 ¿Cuáles son las diferentes formas de comunicación de la intervención?
- V 3 2 ¿Tienen reuniones? SI__NO__ si contesta si continuar
 - a- ¿Son programadas? si contesta no ¿cuando fue la última?, si contesta si continuar
 - b- ¿Con que frecuencia?
 - c- ¿Qué integrantes se convocan eventualmente y para qué?
 - d- ¿Qué temas se tratan en la reunión?
 - e- ¿Cómo es la modalidad operativa de la reunión?
 - f- ¿Ud. Tiene reuniones programadas con los profesionales asignados al programa? ¿Con qué frecuencia?
 - g- ¿Se reúne en forma individual con los integrantes del equipo?
 - h- ¿Existe un orden jerárquico?

VI DISPOSITIVOS DE ATENCION A TRAVES DE LOS CUALES SE EJECUTA EL PROGRAMA

Dispositivo	Subdimensiones proceso	

VI.1 CONSULTORIO	Elegibilidad Admisión	a- ¿Cómo se origina la demanda? b- ¿Cuáles ingresan a esta modalidad? c- ¿Quién decide el ingreso a la modalidad? d- ¿Con que criterios? e- ¿Qué disciplinas participan de esta instancia? f- ¿Cuál es la modalidad operativa? g- ¿Cómo y dónde se registra la admisión?
	Investigación Diagnóstico	a- ¿Qué es necesario conocer de las adolescentes embarazadas durante la evaluación? b- ¿Qué disciplinas intervienen siempre en esta instancia? c- ¿Qué disciplinas intervienen por interconsulta? d- ¿Quien/es realizan diagnóstico?
	Tratamiento Seguimiento	a- ¿En qué consiste el esquema de tratamiento? b- ¿Quiénes intervienen y con qué finalidad? C- ¿Realizan seguimiento? ¿Quiénes y para qué? d- ¿Cómo y dónde se registra el seguimiento?

VI.2 DOMICILIARIO	Elegibilidad Admisión	a- ¿Cómo se origina la demanda? b- ¿Cuáles ingresan a esta modalidad? c- ¿Quién decide el ingreso a la modalidad? d- ¿Con qué criterios? e- ¿Que disciplinas participan de esta instancia? f- ¿Cuál es la modalidad operativa? g- ¿Cómo y donde se registra la admisión?
	Investigación Diagnóstico	a- ¿Qué es necesario conocer de las adolescentes embarazadas durante la evaluación? b- ¿Que disciplinas intervienen siempre en esta instancia? c- ¿Que disciplinas intervienen por interconsulta? d- ¿Quien/es realizan diagnóstico?
	Tratamiento Seguimiento	a- ¿En qué consiste el esquema de tratamiento? b- ¿Quienes intervienen y con que finalidad? C- ¿Realizan seguimiento? ¿Quienes y para qué? d- ¿Cómo y donde se registra el seguimiento?

VI.3 GUARDIA	Elegibilidad Admisión	a- ¿Cómo se origina la demanda? b- ¿Cuáles ingresan a esta modalidad? c- ¿Quién decide el ingreso a la modalidad? d- ¿Con qué criterios? e- ¿Qué disciplinas participan de esta instancia? f- ¿Cuál es la modalidad operativa? g-¿Cómo y donde se registra la admisión?
Otros		

VII EL CENTRO EN EL EQUIPO DE PLANIFICACION

<p>a- ¿Qué podría aportar el CENTRO a la planificación del programa en el nivel central?</p> <p>b- ¿Está incluido el centro de alguna manera en el equipo de planificación? SI__NO__</p> <p>Si contesta si</p> <p>c- ¿Quien/ quienes representan al centro en el equipo de planificación?</p> <p>d- ¿En qué momentos del proceso?</p> <p>e- ¿Cuáles son sus formas de inclusión?</p> <p>f- ¿Cuál fue el último plan o proyecto diseñado por el programa en el que tuvo la oportunidad de participar?</p> <p>Si contesta no</p> <p>g- ¿Tiene interés en participar? ¿Por qué no lo hace? ¿Qué hizo para modificar la situación?</p> <p>h- ¿Tiene reuniones con el responsable del programa?, ¿con que finalidad?</p>

VIII CAPACITACION

VIII. 1 EN EL MARCO DEL PROGRAMA

- c- ¿Desde el programa se organiza alguna forma de capacitación? Si_ No_
- d- Si contesta sí
 - b- 1 ¿Cuántos eventos se realizaron durante 2010?
 - b- 2 ¿Cómo se denominaron y cuáles fueron las temáticas que abordaron?
 - b- 3 Especificar modalidad y duración.
 - b- 4 ¿Quiénes fueron los destinatarios?
 - b- 5 ¿Quiénes participaron?, ¿existe algún tipo de estadística?
 - b- 6 ¿La participación de los profesionales asignados al programa es voluntaria?

VIII. 2 EN EL MARCO DEL CENTRO

- e- ¿El centro organiza alguna forma de capacitación en la temática que no dependa del programa? Si_ No_
- f- Si contesta sí
 - d- 1 ¿Cuántas instancias se brindaron durante 2010?
 - d- 2 ¿Cómo se denominaron y cuáles fueron las temáticas que abordaron?
 - d- 3 Especificar modalidad y duración.
 - d- 4 ¿Quiénes fueron los destinatarios?
 - d- 5 ¿Quiénes participaron? ¿existe algún tipo de estadística?
 - d- 6 ¿La participación de los profesionales asignados al programa es voluntaria?

VIII. 3 EN EL MARCO DE ORGANIZACIONES INDEPENDIENTES DEL PROGRAMA Y DEL CENTRO

- e- ¿Se autoriza la concurrencia a instancias de capacitación por iniciativa propia del profesional en organizaciones que no dependan del programa o centro? SI__NO__
- f- Si contesta sí
 - f- 1 ¿En cuántas participaron los profesionales del centro asignados al programa durante 2010?
 - f- 2 ¿Cómo se denominaron y cuáles fueron las temáticas que abordaron?
 - f- 3 Especificar modalidad y duración.
 - f- 4 ¿Quiénes son los profesionales que se capacitan?, ¿existe alguna estadística?

IX SUPERVISIÓN

IX.1 En el marco del Programa

- c- ¿Desde el programa se organiza alguna forma de supervisión? Si_ No_
- d- Si contesta si
 - b- 1 ¿Quiénes son los encargados de supervisar?
 - b- 2 ¿Las supervisiones son programadas?
 - b- 3 ¿Con qué frecuencia se realizan?
 - b- 4 ¿Con qué modalidad y duración?
 - b- 5 ¿Quiénes son los destinatarios?
 - b- 6 ¿Cuáles son los ejes, aspectos, temas que configuran la supervisión?
 - b- 7 ¿Existe un espacio diferenciado para el programa? ¿De que manera?
 - b- 7 ¿De qué forma se registran las supervisiones? ¿Con qué finalidad se registra?

IX.2 En el marco del Centro

- a- ¿Desde el Centro se organiza alguna forma de supervisión? Si_ No_
- b- Si contesta si
 - b- 1 ¿Quiénes son los encargados de supervisar?
 - b- 2 ¿Las supervisiones son programadas?
 - b- 3 ¿Con qué frecuencia se realizan?
 - b- 4 ¿Con qué modalidad y duración?
 - b- 5 ¿Quiénes son los destinatarios?
 - b- 6 ¿Cuáles son los ejes, aspectos, temas que configuran la supervisión?
 - b- 7 ¿Existe un un espacio diferenciado para el programa ? De que manera
 - b- 7 ¿De qué forma se registran las supervisiones? ¿Con qué finalidad se registra?

XI TODO OTRO ELEMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO APORTAR

ENTREVISTA A TRABAJADOR SOCIAL

I. DATOS DE BASE

Centro

Cargo

Datos de contacto

I.1 Objetivos generales

I.2 Objetivos particulares

II CONCEPCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- a- ¿Qué cosas se ponen en juego para que se presenten embarazos adolescentes?
- b- ¿Cuándo este hecho se convierte en un obstáculo para transitar la adolescencia?
- c- ¿Cuáles son los problemas recurrentes que presentan estas jóvenes?
- d- ¿Qué es necesario conocer para atenderlas?
- e- ¿Qué es necesario tener en cuenta para evitar embarazos adolescentes en situación de extrema vulnerabilidad?
- f- ¿Se realizan estadísticas en relación con cantidad y características de la demanda?
- g- ¿Tienen reuniones con el Referente del Programa y el Coordinador del centro? ¿Con que finalidad?

IV. EL TRABAJADOR SOCIAL Y LOS RECURSOS

IV.1 Recursos humanos

- a- ¿Se dispone de cargos y horas suficientes para el programa? si ___ no ___
- b- Si contesta no: ¿Qué medidas implementó para modificar la situación? ¿Resultados obtenidos?

IV.2 Recursos materiales

- a- ¿Dispone del espacio y equipamiento suficiente? si ___ no ___
- b- Si contesta no ¿Cuáles requeriría? ¿Qué medidas implementó para modificar la situación? ¿Resultados obtenidos?

V- EI TRABAJADOR SOCIAL Y EL EQUIPO DE ATENCION

V.1 ESTRUCTURA

- a- ¿Qué día/s, horario y lugar tienen asignado para el trabajo?
- b- ¿Considera equitativa la asignación de cargos y horas en relación con la composición del equipo?, SI__NO__
- c- Si contesta no. ¿Qué medidas implementó para modificar la situación? ¿Resultados obtenidos?

V.2 FUNCION

- a- ¿Cuáles son sus incumbencias?
- b- ¿Cuál es la finalidad específica de la intervención con esta temática? ¿Qué aporte específico puede brindar?
- c- ¿Qué actividades realiza?
 - ¿Están predeterminadas por el programa? ¿Cuáles?
 - ¿Están planificadas por Ud.? SI__NO__
 - Si contesta sí: ¿Cuál fue la motivación para generarlas?
 - Si contesta no: ¿Considera necesario programar otras actividades? ¿Cuáles? ¿Por qué no lo hace?
- d. ¿En qué dispositivos ejecutados desde el centro participa y cómo? (enumerar)

V. 3 RELACION

- V 3 1** ¿Cuáles son las diferentes formas de comunicación de su intervención a profesionales de otras disciplinas?
- V 3 2** ¿Participa en reuniones con otros profesionales de Programa? SI__NO__ si contesta si continuar
- a- ¿Son programadas? si contesta no ¿Cuándo fue la última?, si contesta si continuar
- b- ¿Con qué frecuencia?
- c- ¿Qué profesionales asignados al programa se reúnen regularmente?
- d- ¿A qué disciplina se convoca eventualmente y para qué?
- e- ¿Qué temas se tratan en las reuniones?
- g- ¿Existe un orden jerárquico?
- h- ¿Se reúne en forma individual con los integrantes del equipo?

VI EL TRABAJADOR SOCIAL Y LA INTERVENCIÓN

Dispositivos	Subdimensiones del Proceso	
VI.1 CONSULTORIO	Elegibilidad Admisión	a- ¿Cómo se origina la demanda? b- ¿Cuáles ingresan a esta modalidad? c- ¿Quién decide el ingreso a la modalidad? d- ¿Con qué criterios? e- ¿Trabajo Social participa? ¿Cómo, cuándo y para qué?
	Investigación Diagnóstico	a- ¿Qué es necesario conocer de las adolescentes embarazadas durante la evaluación? b- ¿Trabajo Social participa en la evaluación? c- ¿Cuáles son los ejes, aspectos, temas que configuran la evaluación?
	Tratamiento Seguimiento	a- ¿Trabajo social interviene en el tratamiento? b- ¿Con qué objetivos? c- ¿Con qué técnicas? d- ¿Qué entiende por seguimiento? e- ¿Realiza seguimiento? ¿Cómo?
	Modalidad de registro	a- ¿Cómo son las formas de registro? b- ¿Dónde registra?

	Tratamiento Seguimiento	a- ¿Trabajo social interviene en el tratamiento? b- ¿Con qué objetivos?
VI.2 DOMICILIARIO	Elegibilidad Admisión	a- ¿Cómo se origina la demanda? b- ¿Cuáles ingresan a esta modalidad? c- ¿Quién decide el ingreso a la modalidad? d- ¿Con qué criterios? e- ¿Trabajo Social participa? ¿Cómo, cuándo y para qué?
	Modalidad de registro	a- ¿Cómo son las formas de registro? b- ¿Dónde registra?
	Investigación Diagnóstico	a- ¿Qué es necesario conocer de las adolescentes embarazadas durante la evaluación? b- ¿Trabajo Social participa en la evaluación? c- ¿Cuáles son los ejes, aspectos, temas que configuran la evaluación?

VI.3 GUARDIA	Elegibilidad	a- ¿Cómo se origina la demanda?
	Admisión	b- ¿Cuáles ingresan a esta modalidad? c- ¿Quién decide el ingreso a la modalidad? d- ¿Con que criterios? e- ¿Trabajo Social participa? ¿Cómo, cuándo y para qué?
	Modalidad de registro	a- ¿Cómo son las formas de registro?
		b- ¿Dónde registra?

OTROS

VII TRABAJO SOCIAL EN EL EQUIPO DE PLANIFICACION

<p>a- ¿Qué puede aportar el trabajo social a los equipos de planificación?</p> <p>b- ¿Puede realizar aportes a la planificación del programa en el nivel central? SI __NO__</p> <p>Si contesta sí</p> <p>c- ¿En qué momentos del proceso?</p> <p>d- ¿Cuáles son sus formas de inclusión?</p> <p>e- ¿Cuál fue el último plan o proyecto que tuvo la oportunidad de participar en el diseño?</p> <p>Si contesta no</p> <p>f- ¿Tiene interés en participar? ¿Por qué no lo hace? ¿Qué hizo para modificar la situación?</p>
--

VIII. CAPACITACION

VIII. 1 EN EL MARCO DEL PROGRAMA

- g- ¿Desde el programa se organiza alguna forma de capacitación? Si_ No_
- h- Si contesta sí
 - b- 1 ¿En cuántas instancias participó durante 2010?
 - b- 2 ¿Cómo se denominaron y cuáles fueron las temáticas que abordaron?
 - b- 3 Especificar modalidad y duración.

VIII. 2 EN EL MARCO DEL CENTRO

- i- ¿El centro organiza alguna forma de capacitación en la temática que no dependa del programa? Si_ No_
- j- Si contesta sí
 - b- 1 ¿En cuántas instancias participó durante 2010?
 - b- 2 ¿Cómo se denominaron y cuáles fueron las temáticas que abordaron?
 - b- 3 Especificar modalidad y duración.

VIII. 3 EN EL MARCO DE ORGANIZACIONES INDEPENDIENTES DEL PROGRAMA Y DEL CENTRO

- a- ¿Se autoriza la concurrencia a instancias de capacitación por iniciativa propia del profesional en organizaciones que no dependan del programa o centro? SI__NO__
- b- Si contesta sí
 - b- 1 ¿En cuántas instancias participó durante 2010?
 - b- 2 ¿Cómo se denominaron y cuáles fueron las temáticas que abordaron?
 - b- 3 Especificar modalidad y duración.

IX SUPERVISIÓN

XI.1 En el marco del Programa

- e- ¿Desde el programa se organiza alguna forma de supervisión? Si_ No_
- f- Si contesta sí
 - b- 1 ¿Quiénes son los encargados de supervisar?
 - b- 2 ¿Las supervisiones son programadas?
 - b- 3 ¿Con qué frecuencia se realizan?
 - b- 4 ¿Con qué modalidad y duración?
 - b- 5 ¿Quiénes participan?
 - b- 6 ¿Cuáles son los ejes, aspectos, temas que configuran la supervisión?
 - b- 7 ¿Existe un espacio diferenciado para el programa? ¿De qué manera?
 - b- 8 ¿De qué forma se registran las supervisiones? ¿Con qué finalidad se registra?

XI.2 En el marco del Servicio Social del Centro

- c- ¿Desde el Servicio se organiza alguna forma de supervisión? Si_ No_
- d- Si contesta sí
 - b- 1 ¿Quiénes son los encargados de supervisar?
 - b- 2 ¿Las supervisiones son programadas?
 - b- 3 ¿Con qué frecuencia se realizan?
 - b- 4 ¿Con qué modalidad y duración?
 - b- 5 ¿Quiénes son los participantes?
 - b- 6 ¿Cuáles son los ejes, aspectos, temas que configuran la supervisión?
 - b- 7 ¿Existe un espacio diferenciado para el programa ? ¿De qué manera?
 - b- 8 ¿De qué forma se registran las supervisiones? ¿Con qué finalidad se registra?

XI TODO OTRO ELEMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO APORTAR

Bibliografía

- Alayón Norberto. (1992). "Historia del Trabajo Social en Argentina". Ed. Espacio. Buenos Aires. 4° edición.
- Ander egg Ezequiel (1984). "Historia del Trabajo Social". Editorial Hvmánitas. Buenos Aires.
- Ander-Egg Ezequiel (1982) "Técnicas de investigación social" Editorial Hvmánitas
- Ander-egg Ezequiel (2003) "Métodos y técnicas de investigación social IV. Técnicas para la recogida de datos e información"
- Arriagada Irma, Aranda Verónica, Miranda Francisca.(2005) Políticas Sociales, "Políticas y programas de Salud en América Latina. Problemas y propuestas". Editorial CEPAL.
- Carballeda, Alfredo (2002) "La intervención en lo social" Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Castillo, C. López, C. Muñoz, C. & Rivera, J. (1992). "Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada".
- Castiel Luis David (2006) "Promoción de la salud. Conceptos reflexiones y tendencias". Lugar Editorial.
- Duschatzky, Silvia. Correa Cristina. (2002) "Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones" Ed Paidós, Buenos Aires
- Eroles Carlos. Fazzio Adriana. Scandizzo Gabriel. (2001)"Políticas públicas de infancia una mirada desde los derechos" Editorial Espacio
- Eroles, C. (2002) "Los derechos humanos. Una cuestión ética en Trabajo Social".Editorial Espacio.

- Estrada Ospina Víctor Mario (2006) "Salud y planificación social. ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?". Editorial Espacio
- Facultad de TS UNER. 2005 La investigación en Trabajo social. Volumen IV
- Facultad de Trabajo Social UNER (2004) Revista Utopias
- Fainsod Paula Camila (2006) "Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media. Una discusión sobre las miradas deterministas de las trayectorias escolares de adolescentes embarazadas y madres en contexto de pobreza" Editorial Miño y Dávila.
- Gogna. M. "Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas." (2005) UNICEF Cedes. Argentina Salud. Ministerio de Salud y ambiente de la nación.
- Grassi, Estela. (1989): " La mujer y la profesión de asistente social, el control de la vida cotidiana." Editorial Humanitas.
- Grassi, E, Hintze S.,Neufeld, M. R. (1993): " Políticas Sociales, Crisis y ajuste estructural." Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Grassi, E., Hintze S., NEUFELD, M. R. (1993): " Políticas Sociales, Crisis y ajuste estructural." Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Guber, Rosana. (2001) La etnografía. Método, campo y reflexividad. Buenos Aires: Norma.
- Harper, Cynthia. (1992) "La Fecundidad y la participación femenina en la fuerza de trabajo." En Lopez ,M. Género y mercado de Trabajo en América Latina. Cap. III. Chile. PREALC
- Ley N°10.751 del colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. 1989

- Margulis, Mario. (2003) "Juventud, Cultura, Sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires". Editorial Biblos.
- Meng Griselda "Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable Argentina: ¿Una Política de Género?" Foro por los Derechos Reproductivos y Foro Nacional de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de salud y ambiente de la Nación (2005) "Portafolio educativo: municipios saludables".
- Parra Gustavo (2001). "Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y expansión del trabajo social argentino". Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Pascual, Viviana y Kreiman Miriam (1995) "intervención en salud ¿Asistencia o construcción de ciudadanía?"
- Robirosa Mario, Cardarelli Graciela y Lapalma Antonio (1990) "Turbulencia y planificación social. Lineamientos Metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado". Editorial Siglo XXI de España Editores.
- Sabino A.C "Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos" (1997) Editorial Lumen HVMANITAS.
- Sileo, E. (1992). Medicina del Adolescente. "Aproximación al Adolescente Sano". Caracas. Programa OPS/UNICEF/OMS/.
- Testa Mario (1995) "Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de la salud)". Lugar Editorial.
- Torrado, Susana (1993): "Procreación en la Argentina, Hechos e Ideas" Buenos Aires. Ediciones a Flor.
- Torrado, Susana. (1991): Población y Desarrollo : metas sociales y libertades individuales. (Reflexiones sobre el caso argentino), en Torrado Susana

(compiladora), Políticas y Población en la Argentina : claves para el debate.

Buenos Aires. Ediciones La Flor.

-Universidad Nacional de Lanús (2005) "Abordaje Integral de problemáticas sociales en el ámbito comunitario. Políticas Sociales". Ministerio de Desarrollo Social. Secretaría de Gestión y articulación institucional.

ÍNDICE

- IntroducciónPág.1
- Definición del problema y estado de la cuestiónPág.2
- Objetivos generales y objetivos particularesPág.18
- Marco Teórico.....Pág.19
 - Adolescencia.....Pág.20
 - Embarazo y sexualidad: aspectos interdependientes.....Pág.23
 - Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable.....Pág.39
 - Trabajo Social en el campo de la salud:
 - desarrollo histórico de la intervenciónPág.41
- Metodología.....Pág.62
- Caracterización de la población.....Pág.66
- Caracterización del Servicio Social y el área de maternidad del HIEMI.....Pág.82
- Caracterización de los Centros de Atención Primaria de la Salud.....Pág.88
- Análisis del Alcance de la Ley de Salud Sexual y Procreación responsable.....Pág.92
- Análisis de Datos.....Pág.98
- Conclusiones.....Pág.146
- Anexo.....Pág.150
- Bibliografía.....Pág.193