

Atención de la salud en la

ADOLESCENCIA

Reducción de riesgos y daños en



salud reproductiva con igualdad de

GÉNERO

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2010

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Dra. Mirta Roses Periago

Directora

Dra. Marijke Velzeboer Salcedo

Coordinadora, Oficina Género, Diversidad y Derechos Humanos

Esmeralda Luz Burbano Jaramillo

Especialista en Género y Etnicidad, Oficina Género,
Diversidad y Derechos Humanos

Patricia García Cosavalente

Especialista en Comunicación, Oficina Género,
Diversidad y Derechos Humanos

Dra. Regina Castro

Asesora, Servicios Editoriales y de Traducción,
Gestión del Conocimiento y Comunicación

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

DEPARTAMENTO MATERNO INFANTO JUVENIL - SERVICIO DE ADOLESCENCIA

Dr. Enrique Berner

Jefe de Servicio

Dra. Sandra Vázquez

Coordinación General

AREA CLÍNICA

Dr. Enrique Berner

Dra. Viviana Medina

Dra. Ana Corral

Dr. Fernando Zingman

Dra. Julia Piñero

Dr. César Pato Poch

Profesionales de la Salud de
Residencia Postbásica en Adolescencia

AREA GINECO-OBSTÉTRICA

Dra. Sandra Vázquez

Dra. Paula Real

Dra. Viviana Crámer

CONSEJERÍA EN SALUD REPRODUCTIVA

Dra. Sandra Vazquez

Dra. Paula Real

Dra. Ana Corral

Dra. Viviana Medina

TALLERES DE SALA DE ESPERA

Dra. Nilda Calandra

Dr. Fernando Zingman

Lic. Clara Mayaud

Lic. María Eugenia Cuadra

Lic. Silvina Lopez Chalde

Lic. Gabriela Kon

FUNDACIÓN PARA LA SALUD ADOLESCENTE DEL 2000 - FUSA2000

COMISIÓN DIRECTIVA

Dr. Enrique Berner (Presidente)

Dr. Jorge Castro (Vicepresidente)

Dra. Viviana Medina (Secretaria)

Dra. Sandra Vazquez (Tesorera)

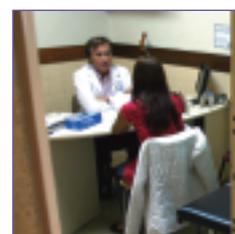
Dra. Ana Corral (Vocal)

Dra. Nilda Calandra (Vocal)

Dr. Fernando Zingman (Vocal)

TABLA DE CONTENIDOS

VII	INTRODUCCIÓN
VIII	RESÚMEN
1	ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD
2	¿POR QUÉ LO HICIMOS?
5	¿QUÉ BUSCAMOS?
6	¿CÓMO LO HICIMOS? CONCEPTO DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS
12	¿QUIÉNES PARTICIPARON?
13	¿QUÉ LOGRAMOS?
15	¿CÓMO LO SOSTENEMOS?
16	¿QUÉ APRENDIMOS?
17	BIBLIOGRAFÍA



INTRODUCCIÓN

En el marco de la celebración del Día Internacional de la Mujer, las Oficinas de Género, Diversidad y Derechos Humanos, y el Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, organizaron el **III Concurso de Buenas Prácticas que incorporan la perspectiva de Igualdad de Género en Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes.**

Este concurso tenía como objetivo identificar las experiencias que mejor abordan las necesidades y oportunidades diferenciales de hombres y mujeres adolescentes para mejorar las oportunidades de ambos de gozar una óptima salud.

En esta oportunidad, se presentaron un total de 71 experiencias provenientes de 19 países. La experiencia **“Reducción de riesgos y daños en salud sexual y reproductiva en el marco de la atención integral de adolescentes, con igualdad de género y promoción de derechos”** fue seleccionada como una de las mejores prácticas del 2010.

Esta experiencia fue presentada por el Hospital General de Agudos Cosme Argerich y Fundación para la Salud Adolescente del 2000 (FUSA 2000) de Argentina.

Esta experiencia surgió por las altas cifras de embarazo adolescente, la escasa prevención en los temas de salud sexual y reproductiva, y las consultas por complicaciones de abortos inducidos. A través de talleres de sexualidad, género y derechos en las salas de espera se creó un espacio de consejería pre y postaborto. Los talleres abordan situaciones de la vida cotidiana de los adolescentes.

Los resultados muestran el incremento de los adolescentes que buscan consejería, así como el descenso en las complicaciones relacionadas con el embarazo. A la fecha, la experiencia beneficia al 15 % de adolescentes migrantes, y adolescentes hombres y mujeres de Buenos Aires.

De esta manera, esta experiencia demuestra ser una buena práctica que busca cambiar las actitudes de los hombres y las mujeres y los proveedores de servicios de salud, para mejorar su salud.

Dra. Marijke Velzeboer Salcedo
Coordinadora, Oficina de Género,
Diversidad y Derechos Humanos OPS/OMS

RESÚMEN

Esta publicación presenta la experiencia llevada a cabo en el Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Cosme Argerich de la Ciudad de Buenos Aires, dedicada a la atención integral de los y las adolescentes. Esta experiencia está basada en la búsqueda de estrategias de promoción y prevención de la salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva, género y derechos. Dentro del contexto global de la atención, se rescatan estas estrategias innovadoras para un hospital público, las cuales estuvieron centradas en: talleres de sala de espera y consejería pre y post aborto. Se decidió comenzar con estas actividades a partir de la escasa o deficiente prevención en salud reproductiva de las mujeres, el poco involucramiento de los varones al respecto, la baja autonomía de este grupo frente al cuidado de la salud, así como el número creciente de consultas por embarazos no buscados y por complicaciones de abortos provocados.

Los datos estadísticos sobre el embarazo adolescente, las altas cifras de abortos inducidos y la morbimortalidad por abortos de riesgo en la Argentina, ayudan a comprender la realidad del país y la necesidad de trabajar estas temáticas de salud con los/as adolescentes. El modelo de reducción de riesgos y daños, dio el marco conceptual para el abordaje de las actividades. El objetivo de los talleres es transformar el tiempo inerte de la espera en un espacio dedicado a la promoción y prevención de la salud, principalmente de la salud sexual y reproductiva, poniendo énfasis en las desigualdades de género y la promoción de los derechos. Son coordinados por un equipo interdisciplinario, que a través de un trabajo participativo y lúdico intenta no sólo brindar contenidos, sino empoderar a las adolescentes, promover su autonomía y lograr el acercamiento de los varones al sistema de salud. Los talleres se consideran hoy el primer eslabón de la consulta y ésta se enriquece con lo trabajado en el taller. El espacio de consejería preaborto busca asesorar sobre las posibles opciones a seguir frente a un embarazo no buscado, intentando favorecer la toma de decisiones informadas y responsables, asegurando confidencialidad y respeto por el secreto profesional. La tarea es sólo proporcionar información y asesoramiento, no se interviene en el hecho del aborto, ya que si lo hiciéramos, estaríamos actuando en contra de lo establecido por las leyes vigentes en el país. Desde que las adolescentes han comenzado a utilizar el aborto medicamentoso, y desde el 2004 cuando empezó la consejería en el servicio, se ha observado una disminución de las complicaciones del aborto y de la necesidad de internaciones. La consejería post aborto busca mejorar la atención en esta etapa, evitar el maltrato institucional y lograr que las adolescentes se incorporen al Programa de Salud Sexual y Reproductiva evitando así la repitencia de embarazos no deseados. Las lecciones aprendidas a partir del camino recorrido en la atención de adolescentes y puntualmente de las experiencias presentadas son: a) la conveniencia de contar con un equipo interdisciplinario que canalice la consulta dentro del marco de la integralidad; b) la importancia de lograr una mejor comunicación con los/as adolescentes a partir de los talleres, hecho que favorece las condiciones de la consulta. c) la ventaja de incorporar el concepto de reducción de riesgos y daños en salud reproductiva; d) la importancia de que los profesionales de la salud se involucren en la búsqueda de estrategias para reducir el número de embarazos no buscados y de abortos inducidos en condiciones de riesgo; e) la factibilidad de réplica del modelo de reducción de riesgos y daños en otros contextos f) la necesidad de trabajar para generar cambios que eviten las secuelas y las muertes por abortos realizados en condiciones de riesgo.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN SALUD REPRODUCTIVA CON IGUALDAD DE GÉNERO

Esta publicación presenta la experiencia denominada “Reducción de riesgos y daños en salud sexual y reproductiva en el marco de la atención integral de adolescentes, con igualdad de género y promoción de derechos” que se viene llevando a cabo en el Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich en estrecha colaboración con la Fundación para la Salud Adolescente del 2000 (FUSA 2000) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Desde hace más de 20 años el Servicio de Adolescencia se dedica a la atención de la salud de adolescentes, varones y mujeres, de entre 10 y 20 años.

Esta experiencia se enmarca en la atención integral alejándose del modelo médico hegemónico y comprometiendo a otras disciplinas, a otros actores y a la participación activa de las y los adolescentes. En otras palabras, el modelo usado en esta experiencia entiende los procesos de salud-enfermedad-atención como procesos integrales que involucran una gran cantidad de variables, las cuales deben abordarse durante la consulta, ya que el propósito fundamental es la preservación de la salud, mediante la detección de riesgos, la visualización de factores protectores, y la puesta en marcha de actividades preventivas.

El área programática del hospital abarca la zona sudeste de la Capital Federal, donde residen familias con necesidades básicas insatisfechas que atienden su salud en el ámbito hospitalario, y también un porcentaje significativo de quienes concurren, proviene del conurbano sur del Gran Buenos Aires, donde existen municipios con grandes áreas de pobreza. Asimismo, en el hospital también se dan consultas de población de países limítrofes, con la idiosincrasia propia de su cultura, circunstancia que se tiene en cuenta en el momento de la atención.

El servicio recibe aproximadamente 15.000 consultas

anuales, de las cuales el 75 % corresponde a adolescentes mujeres. Estas consultas son abordadas en forma interdisciplinaria y a través de distintas áreas: clínica, ginecología, obstetricia, nutrición, capacidades diferentes, etc. Dentro de la atención integral que se brinda, tiene suma importancia el área de la salud sexual y reproductiva. El servicio es uno de los efectores del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SS y R) de la CABA, quien provee los insumos que se entregan gratuitamente a las usuarias, y colabora además con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, brindando asesoría técnica.

Existen dos actividades innovadoras desarrolladas durante la promoción, prevención, atención y provisión de servicios de salud:

- los talleres de sala de espera
- la consejería pre y post aborto



TALLER EN SALA DE ESPERA

CONSEJERÍA EN PRE Y POS ABORTO

Fuente: elaboración propia

En la práctica clínica la incorporación de los aspectos subjetivos y los sociofamiliares, la visualización de las inequidades de género, la promoción de la autonomía y los derechos, la confidencialidad y preservación del secreto médico, y el respeto por los principios de la bioética son considerados fundamentales.

¿POR QUÉ LO HICIMOS?

La salud está determinada por pautas socioculturales atravesadas por el género, por la pertenencia de clase y por el grupo etario entre otras, por lo tanto, asumir una definición amplia de salud implica generar acciones que traten de abordar dichas variables. Se observó a través del trabajo cotidiano con las y los adolescentes lo siguiente:

- Escasa o deficiente prevención en salud reproductiva.
- Considerar a la salud reproductiva como algo que atañe sólo a las mujeres.
- Poco involucramiento de los varones en temas de salud reproductiva y escaso acercamiento al servicio para la atención de su salud.
- Baja autonomía de las adolescentes para tomar decisiones sobre el cuidado anticonceptivo.
- Un número creciente de consultas por embarazos no buscados y por complicaciones de abortos realizado en condiciones de riesgo.
- La existencia de una brecha importante entre la información que poseen y la utilización de los recursos.

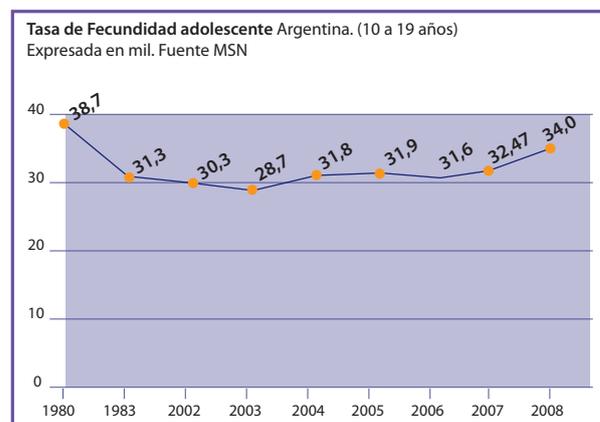
Algunos datos estadísticos que se señalan a continuación acerca del embarazo adolescente, así como las cifras del aborto y la morbilidad por abortos de riesgo en la Argentina, y datos sobre la realidad hospitalaria del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich ayudarán a comprender mejor la realidad del país y la necesidad de que los distintos actores, entre ellos los profesionales de la salud, se involucren en el problema.

DATOS SOBRE FECUNDIDAD ADOLESCENTE

El aumento de la tasa de fecundidad adolescente en

nuestro país es una realidad incuestionable. Esta tasa que mantenía una curva descendente desde 1980, comienza a mostrar un incremento a partir del 2003, como lo muestra el siguiente gráfico para el rango de 10 a 19 años, según datos del Ministerio de Salud.

En el 2007, de un total de 700.792 nacidos vivos (NV), se registraron 106.720 de madres adolescentes de entre 15 a 19 años, mientras que en el 2003 esa



cifra había sido de 92.461(1) . La experiencia nos dice que un porcentaje de estos embarazos, seguramente no fueron deseados ni buscados y se sabe la implicancia que esta circunstancia puede tener sobre la salud y el futuro desarrollo madre-hijo. Además, detrás de los nacimientos de madres adolescentes quedan invisibilizadas las interrupciones de muchos otros embarazos.

(1) Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).
Ministerio de Salud de la Nación.

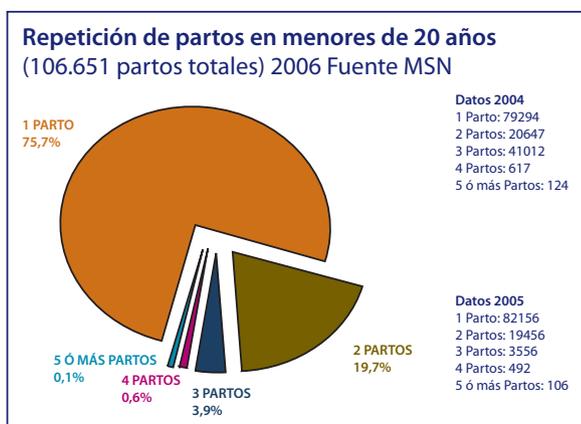
Según los últimos datos publicados, la tasa de fecundidad en la Argentina para el rango 15 a 19 años es del 64 por mil. Por otro lado, el nivel de fecundidad no es uniforme en todo el país, la tasa más baja se encuentran en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) con un nivel del 34.0 por mil, mientras que en provincias

del norte como Chaco, Formosa o Misiones superan el 80 por mil (UNFPA, 2009).

En relación al porcentaje de partos en menores de 20 años, en la CABA es del 7.1 % (UNFPA, 2009). Pero aún dentro de la misma ciudad las diferencias son grandes, ya que en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich ronda el 19 %.

Si bien el número de nacimientos en menores de 15 años es bajo -en todo el país no llega al 3 %- en provincias como Chaco asciende al 5,5 % (UNFPA, 2009). La importancia de estos nacimientos radica en las consecuencias sobre la salud psicofísica de la niña, ya que estos embarazos son con frecuencia producto de relaciones no consentidas.

Con respecto a la repetencia de nacimientos, el 24 % de las menores de 20 años, habían tenido 2 o más partos según datos del Ministerio de Salud.



LAS CIFRAS DEL ABORTO

Por tratarse de una práctica que se lleva a cabo por fuera de la ley, no se dispone de datos precisos sobre el número de abortos inducidos que se producen en la Argentina. Según estimaciones recientes, se realizan alrededor de 450.000 abortos al año, lo que significa más de un aborto por cada dos nacimientos (0,64 abortos por cada nacimiento) (CEDES, 2007).

En la siguiente tabla figuran los datos de una investigación (Pantelides, Mario, 2006), sobre el número de abortos en Argentina:

Razón abortos inducidos/nacimientos y tasa de abortos inducidos (por 1000 mujeres de 15-49 años). Argentina, 2004 - 2005

	TASA DE ABORTO TA (1)	TASA GENERAL DE ABORTO CADA 1000 MUJERES (2)	Nº DE ABORTOS INDUCIDOS ANUALES(3)
ALTERNATIVA CON CA1	2,13	60,8	485.974
ALTERNATIVA CON CA2	2,29	65,4	522.216

- (1) La tasa de aborto representa el número promedio de abortos que tendría una mujer de una cohorte hipotética al término de su vida fértil. Se supone no está expuesta a mortalidad durante su vida fértil, y que las tasas de aborto específicas por edad son las vigentes en la población de interés al momento del cálculo.
- (2) Número de abortos anuales cada mil mujeres en edad fértil.
- (3) Corresponde a la población urbana residente en localidades de 5000 y más habitantes, representativa del 84% de la población total y al 96% de la población urbana del país.

En cuanto a los egresos hospitalarios por complicaciones del aborto, según datos del Ministerio de Salud, el 16 % correspondieron a menores de 20 años (2008).

MORTALIDAD MATERNA Y ABORTO INSEGURO

La reducción de la mortalidad materna constituye un tema fundamental para avanzar en el cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos por nuestro país en materia de salud. En los últimos 20 años la razón de mortalidad materna (RMM) tuvo un comportamiento general descendente, aunque con oscilaciones, pero a partir del año 2000 comenzó a ascender alcanzando en el 2007 las 4.4 muertes por cada 10.000 NV. Si esta tendencia se mantiene, la Argentina difícilmente cumplirá con los objetivos de desarrollo del Milenio que contemplan para el 2015 la disminución en tres cuartas partes de la mortalidad materna registrada en el año 1990, es decir alcanzar una RMM de 1,3 x 10.000 N.V. (Abdala, 2009)

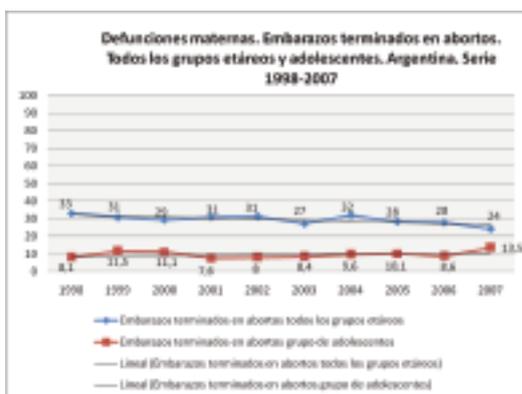
Las causas de muertes maternas también se han mantenido invariable en los últimos 15 años, con las complicaciones derivadas del aborto como principal causa (DEIS, 2007). Cabe destacar además, que la proporción de muertes maternas por aborto (24%) es más del doble de la estimación de la Organización Mundial de la Salud para toda la región (11%) (WHO, 2007).

PROPORCIÓN DE LAS MUERTES POR ABORTO SOBRE EL TOTAL DE MUERTES MATERNAS:

- 2004: 33.2% (94 MUERTES POR ABORTO)
- 2005: 26.7% (79 MUERTES POR ABORTO)
- 2006: 27.9% (93 MUERTES POR ABORTO)
- 2007: 24.2 % (74 MUERTES POR ABORTO)

Es decir que cada año, casi 100 mujeres mueren por complicaciones de abortos de riesgo en la Argentina. Estas muertes se deben a la utilización de procedimientos inseguros y a la demora en la búsqueda de atención médica. A estas razones debe agregarse la incapacidad o falta de disposición de los servicios de salud para dar una respuesta oportuna y efectiva a las mujeres que acuden a ellos (Ramos, 2004).

La distribución de las muertes maternas según edad, muestra que todos los años mueren niñas y adolescentes por abortos inseguros, y que estas cifras han aumentado en los últimos años. En el 2008 sobre 68 muertes por aborto, 8 correspondieron a adolescentes



Elaboración de Women's Health Link en base a Estadísticas Vitales, DEIS, Ministerio de Salud

REALIDAD HOSPITALARIA

En un servicio que atiende demandas tan diversas como afecciones infecciosas estacionales, trastornos de la conducta alimentaria, síndromes metabólicos, patologías crónicas, etc. (Berner, 2009) las consultas en torno a la salud reproductiva ocupa un lugar preponderante.

Años atrás comenzó a preocupar el número creciente de adolescentes que llegaban a la consulta, muchas de ellas solas, sin el acompañamiento de la pareja ni

de familiar alguno, con embarazos que no habían sido buscados, planteando sus dudas y miedos sobre si continuar o interrumpir esa gestación.

En una investigación realizada en el servicio se encontró que de las adolescentes que consultaban ya embarazadas, el 16 % interrumpieron la gestación, mientras que, del 74 % que lo continuaron, un 34 % aceptaban el hijo con resignación como un destino inherente a su condición de mujer, por miedo al aborto o por deseo de la pareja, pero no por un deseo de maternidad propio (Calandra, 1996).

Estas realidades nos llevaron a plantear en un primer momento, estrategias para actuar en prevención. Fue así como nacieron en el 2002 los talleres de sala de espera, centrando la temática en sexualidad, género y derechos. Este dispositivo busca transformar el espacio inerte de la espera en un espacio de promoción y prevención de la salud donde, además de brindar contenidos, se abordan las inequidades de género, se busca empoderar a las mujeres y lograr un mayor involucramiento de los varones en lo que atañe a salud reproductiva.

Años más tarde, observamos que un número creciente de adolescentes consultaban con diversos síntomas, después de haber recurrido a un aborto mediante el uso de misoprostol. Pudimos detectar que las complicaciones graves del aborto habían disminuido (al no existir maniobras instrumentales habían desaparecido las infecciones), pero aún seguían existiendo otro tipo de complicaciones que requerían la internación. Esto nos llevó a investigar el recorrido de estas adolescentes antes de su consulta hospitalaria y como producto de esa investigación concluimos que utilizaban la droga en forma inadecuada, en cuanto a dosis, vías de administración, meses de gestación, y suministrada muchas veces por amigas/as o familiares (Vázquez, 2004). Los hallazgos de esa investigación fueron el principal motivo para instalar un espacio de consejería en salud reproductiva dirigido a adolescentes, centrada en la consejería pre y post aborto.

¿QUÉ BUSCAMOS?

Se buscaron estrategias de promoción y prevención en salud reproductiva con un enfoque basado en la atención integral y teniendo en cuenta las inequidades de género existentes.

Para ello consideramos primordial:

- Horizontalizar la relación profesional/adolescentes y adolescentes/servicio de salud, con miras a mejorar la comunicación y la escucha activa de la problemática de este grupo etario.
- Transformar el espacio inerte de la espera en un espacio dedicado a la prevención en donde en forma participativa:
 - Se visualicen las inequidades de género
 - Se busque empoderar a las adolescentes en relación a su sexualidad
 - Se promueva la autonomía
 - Se promueva el ejercicio de los derechos y la apropiación de los recursos.
 - Se intente prevenir las relaciones sexuales de riesgo.
 - Se promueva el compromiso de los varones en la prevención de infecciones de transmisión sexual, de embarazos no buscados, así como su responsabilidad frente a la paternidad.
- Crear un espacio de consejería preaborto que favorezca la toma de decisiones informadas y responsables asegurando confidencialidad y respeto por el secreto profesional.
- Mejorar la atención post aborto y lograr que las adolescentes se incorporen al Programa de Salud Reproductiva para evitar la repitencia de embarazos no deseados.
- Capacitar en atención integral de la salud, con enfoque de género y promoción de derechos.
- Trabajar el concepto de oportunidades perdidas.

ESTAS ESTRATEGIAS TIENEN COMO FIN REDUCIR LOS RIESGOS Y DAÑOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El espacio de consejería preaborto comenzó en el 2004 y el número de usuarias se fue incrementando paulatinamente. En el 2008 se comenzó con el registro estadístico de las consultas y desde julio de 2009 este registro se lleva a cabo utilizando una historia clínica sistematizada dentro de un Proyecto con la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), de "Implementación y Expansión de Servicios Integrales de Salud Sexual y Reproductiva en la Argentina".



¿CÓMO LO HICIMOS?

CONCEPTO DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

Todas las personas en el transcurso de su vida están expuestas a riesgos de acuerdo a su edad cronológica, al contexto, al género y al grado de exposición a los mismos. El modelo de reducción de riesgos y daños dentro del contexto de la atención integral, busca disminuir la exposición a esos riesgos o, que de existir, produzcan el menor daño posible.

El marco teórico de la reducción de riesgos y daños considera los conceptos bioéticos de **autonomía**, en cuanto a la toma de decisiones con información; de **no maleficencia** y de **beneficencia**, fundamentados en el accionar médico y el respeto a las personas y de **justicia**, basado en el acceso a la atención sin discriminación de ningún tipo.

Lograr la disminución de los daños que resultan de comportamientos de riesgo en el área de la salud sexual y reproductiva implica la implementación de acciones educativas, de promoción, de prevención y de consejería. En estas acciones están comprometidos, no sólo los/as profesionales de la salud, sino las instituciones y quienes tienen que llevar adelante las decisiones políticas que las faciliten y promuevan.

Para que el modelo sea sostenible en los servicios de salud, es necesario que las/os usuarias/os tengan acceso a la información que facilite la toma de decisiones. Ese es el motivo que ha llevado a la implementación de los talleres y de la consejería

DE LOS TALLERES

Se partió del convencimiento de que la sala de espera de un servicio hospitalario puede transformarse en un espacio de comunicación grupal no tradicional para realizar promoción y prevención de la salud. En el año 2000 se comenzó a trabajar en talleres sobre

salud, pero recién en el 2002 y a partir de un convenio con el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (CDNNyA), las actividades se centran en sexualidad, género y derechos, y desde entonces se lleva un registro estadístico de los mismos. Un equipo interdisciplinario de profesionales, y los y las adolescentes y acompañantes, se encuentran en este espacio para plantear temas referidos a la salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, incluyendo la perspectiva de género y de derechos, ya que muchas veces éstos son vulnerados por el sistema de salud.

Estos espacios de comunicación se transforman en talleres. Se adoptó la modalidad de taller por considerarla la más apropiada para dialogar, intercambiar experiencias, escuchar al otro y reflexionar. En los talleres circulan herramientas para que, a través del juego, las referencias de la propia historia y las vivencias cotidianas se posibilite el acceso a los conocimientos, los recursos, los derechos, actuando éstos como facilitadores de la prevención en salud.

El grupo de participantes en cada taller es distinto cada día, durante el taller se abordan contenidos como: prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, anti-concepción de emergencia, uso del preservativo, aborto, discriminación, derechos, etc. Los talleres son un espacio de construcción colectiva donde se habla públicamente sobre estos temas, los cuales difícilmente aflorarían sin la intervención de un equipo coordinador experimentado. El intercambio que se genera en el taller abre el debate a lo relacionado con las inequidades de género y favorece la toma de conciencia de los respectivos roles.

Esta forma de trabajo es una actividad innovadora ya que se aparta del modelo clásico basado únicamente en la transmisión de información, para propiciar la intervención activa de los/as adolescentes por medio de actividades lúdicas y participativas.

¿Por qué creemos que la sala de espera es un espacio apropiado para hablar con adolescentes?

Porque:

- La consideramos como la **puerta de entrada** al servicio y el primer eslabón de la consulta.
- Se **habilita la palabra** de los/as participantes, comenzando a dialogar a partir de una situación disparadora que resulte cotidiana o conocida para todos/as.
- Se promueve **escuchar al otro**, sea adulto o adolescente. Esto favorece el diálogo intergeneracional e intergenérico.
- Se brindan **contenidos** sobre salud sexual y reproductiva.
- Se utiliza la **confrontación y el disenso** más que buscar consenso, valorando el aporte de miradas diferentes.
- Se promueve la **equidad de género**, haciendo visibles las desigualdades existentes y la necesidad de **empoderamiento** de las mujeres.
- Se visualizan los **recursos propios e institucionales**, tendiendo así a la reducción de riesgos y daños.



- Se trabaja sobre el reconocimiento de los **derechos** y el desarrollo de la **autonomía**.
- Se promueve **involucrar a los varones** en la temática de salud reproductiva.

Constituyen un lugar donde se trabaja con la palabra, con el cuerpo, con las emociones, “haciendo en grupo”, bajo la supervisión de la coordinación que aporta la mirada de distintas disciplinas. Uno de los objetivos de los talleres es permitir que aflore la palabra en relación al cuidado de la salud, a la discriminación, a los mitos sobre el uso del preservativo, a la interrupción de embarazos, al maltrato y abuso, etc. El “poder hablar” en el grupo y con el grupo, es mucho más propicio para la prevención, que simplemente dar información, la cual muchos jóvenes ya tienen.



CÓMO ABORDAMOS EL TEMA GÉNERO

Si bien la construcción de las diferencias de género comienza en las primeras etapas de la vida, es en la adolescencia donde los cambios se manifiestan en el cuerpo y se asocian a la capacidad reproductiva.

¿Por qué hablamos de género en la sala de espera? porque buscamos desnaturalizar las construcciones que la sociedad crea en torno al ser varón o ser mujer; los estereotipos de género reproducen desigualdades en salud, ya sea en la prevención, en la atención que brinda el sistema o en la forma en que se acercan a la consulta los y las adolescentes.

La temática de género se aborda en los talleres a partir de:

- Situaciones de la vida cotidiana como el uso del preservativo, la resistencia del varón a usarlo, el embarazo no buscado, la coerción, etc. Se plantea por ejemplo:

-¿Qué hace el varón frente al embarazo de su pareja?, esta pregunta es respondida en primera instancia como: “el varón se borra”, “desaparece”. Teniendo en cuenta que la práctica ha puesto el peso de la prevención del embarazo en la mujer, al trabajar estas respuestas se abre la puerta para un abordaje preventivo con perspectiva de género.

-¿Qué se piensa de la mujer que lleva un preservativo en la cartera? Plantearlo en términos de “mujer prevenida y no de “mujer ligera”, como es la expresión que utilizan los jóvenes, hace que, por lo menos, se replanteen el tema.

-¿Por qué la mujer acepta tener relaciones sexuales sin preservativo? las respuestas sobre “el amor” o “el estar enamorada”, son las más frecuentes y prevalecen sobre la prevención y el poder decir “no sin preservativo”.

- A partir de frases dichas en otros talleres:

- “A la mujer se le dice cúdate para no hacerlo, al hombre cúdate cuando lo haces”. (Mujer 17 años)

- “Las mujeres que llevan en la cartera preservativos es porque son rápidas”. (Varón 20 años).

- “El que dice que usa siempre el preservativo miente” (Varón 19 años)

Estas frases son tomadas por la coordinación para replantearlas en otros talleres y favorecer el intercambio.

COMO TRABAJAMOS EL TEMA DE LOS DERECHOS

Creemos que hablar de los derechos en este espacio, les da a los/as jóvenes herramientas para defenderlos en el caso de que éstos sean avasallados. El ejercicio de los derechos es parte constitutiva de la construcción de los proyectos personales y por lo tanto de la salud.

Explicitamos el derecho que tienen a ser atendidos aunque sean menores de edad y les hablamos sobre la existencia de leyes que los protegen, más allá de su edad. Durante el transcurso del taller circulan versiones impresas de las principales leyes. Sin embargo, sabemos que aunque dar a conocer las leyes es un primer paso muy importante, por sí solo no es suficiente. Informamos por ejemplo, acerca de la anticoncepción de emergencia y el derecho que tienen a solicitarla sin demora, ya que se trata de una consulta de urgencia. Es fundamental que si algún personal de salud por algún motivo no cumple estas leyes o reglamentaciones, sean los propios adolescentes quienes puedan hacer valer su derecho.



Reforzamos el derecho de las jóvenes a decidir sobre el propio cuerpo y a decir “no”. Recordemos que las mujeres adolescentes son las más comprometidas cuando se vulneran los derechos sexuales y reproductivos.

CÓMO TRABAJAMOS EL TEMA DEL ABORTO

Al comienzo de esta experiencia cuando alguna adolescente hacía referencia al aborto como solución para un embarazo no deseado, quienes coordinaban no se animaban a abordar libremente el tema por encontrarse en un espacio abierto y público. La autocensura era una traba. A medida que fue transcurriendo el tiempo el tema del aborto por parte de las adolescentes, fue apareciendo con más frecuencia en el interjuego de los talleres, ya sea como conducta de alguna amiga o como inquietud. Por tal motivo vimos la necesidad de generar un espacio de reflexión dentro del grupo de coordinación y con los otros profesionales del servicio para adoptar criterios coherentes con lo que estaba sucediendo. Es así como posteriormente (a partir de finales del 2003 hasta la actualidad) no se soslaya el tema del aborto sino por el contrario se utilizan consignas que dirijan más fácilmente a hablar de la interrupción del embarazo, ya que la evidencia nos dice que es una práctica cada vez más conocida y llevada a cabo por las adolescentes. Fue muy elocuente lo dicho por una participante:

“Yo estoy en contra del aborto, pero llegado el caso no sé lo que haría”.

Ante nuestro planteo sobre que creen que habría que hacer frente a la decisión de interrumpir un embarazo, o después de haberlo hecho, la respuesta casi unánime es consultar al médico. Al repreguntar si esto ocurre, las respuestas reflejan el temor al reproche o al castigo. No se consulta: *“porque es ilegal”, “por miedo a la denuncia”, “porque te tratan mal”, “porque no te pueden solucionar el problema”*. Frente a estas situaciones la coordinación menciona el espacio de consejería como un lugar amigable donde se las va a escuchar, sin ser juzgadas ni denunciadas.



Creemos que abrir el espacio en los talleres para hablar de aborto, nos permite referirnos: a la confidencialidad dentro de la consulta; a la obligación del profesional de guardar el secreto médico; a la existencia de la consejería; a la necesidad de la consulta post aborto y principalmente a la práctica anticonceptiva posterior.

DE LA CONSEJERÍA EN SALUD REPRODUCTIVA

El Servicio de Adolescencia realiza constantes esfuerzos para prevenir los embarazos. No obstante son muchos los casos de adolescentes que llegan a la consulta con un embarazo que no fue buscado, ya sea por no haber usado método anticonceptivo alguno, por haberlo usado incorrectamente o por una falla del mismo. Creemos que toda adolescente o joven que se encuentra ante la duda sobre que hacer con su embarazo, tiene el derecho a ser escuchada y asesorada por una persona experta y en un lenguaje accesible sobre las posibles opciones a seguir. Por eso, la reiteración de estas consultas llevó a una reflexión interna y conjunta del grupo de profesionales para aunar criterios o compartir inquietudes, sabiendo las dificultades que presentaba la temática. Concluimos que no se puede dejar ir a una joven que se ha contactado con el sistema de salud, sabiendo que posiblemente ingrese a un grupo de riesgo de alta morbilidad, sin ofrecerle las herramientas de cuidado que se poseen por el conocimiento médico.

En países como la Argentina, donde la legislación sobre el aborto es restrictiva, haber tomado la decisión de abrir un espacio de consejería, donde la adolescente pueda compartir las opciones a seguir con su embarazo, entre ellas la decisión de un aborto, fue un verdadero desafío. Nuestro grupo de trabajo consideró que no se podía seguir eludiendo el grave problema -frecuente en la adolescencia- de la interrupción de embarazos en condiciones de riesgo, que las afecta en su salud actual y en su futura salud reproductiva. Sobre todo porque aún con legislaciones restrictivas es mucho lo que se puede hacer antes y después del hecho concreto del aborto.

En este proceso grupal, lo que nos llevó a la reflexión, fue la lectura del libro de Faúndes-Barzelatto (2004) donde -entre otras consideraciones- se hace referencia a la condena pública y la aceptación privada del aborto y el incremento de esta aceptación cuando más cerca afectivamente está la persona involucrada. En nuestra práctica cotidiana esto lo corroboramos, ya que es frecuente observar como los/as médicos/as toman un mayor compromiso con la paciente que piensa interrumpir un embarazo, cuando más ligados afectivamente están con ella, ya sea por tratarse de una pariente, una amiga o una paciente de años, con quién establecieron una buena relación.

Otro accionar que observamos de cerca, al pensar en la implementación de la consejería, fue la experiencia de colegas uruguayos, que bajo la denominación de "Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo" han instalado hace tiempo un sistema de asesoramiento para una maternidad segura. En Uruguay al igual que en nuestro país el aborto es ilegal, salvo excepciones, por lo tanto ellos basaron su intervención en el asesoramiento e información pre-aborto y en mejorar la atención del postaborto, con lo cual han conseguido una importante disminución de la mortalidad materna (Briozzo, 2007).

Desde nuestro accionar no propiciamos el aborto inducido e informamos sobre los riesgos médicos y legales existentes, dada la condición actual de ilegalidad. La consejería busca crear un espacio de reflexión con-

junta adolescente/profesional con objeto de:

- Asesorar sobre los posibles caminos a seguir frente a un embarazo no buscado. La consideramos una consejería en opciones, ya que se informará sobre la posibilidad de otras instancias, como puede ser la adopción o la existencia de redes de apoyo para el caso que decidan continuar el embarazo. De esta forma se amplían las variables a considerar, más allá de las que a veces se toman en cuenta en momentos de angustia.
- Tomar conocimiento sobre la información con que cuentan para llevar a cabo su decisión. Se le brinda la orientación necesaria para que la joven pueda decidir sobre su vida y su cuerpo con el mayor conocimiento posible y para evitar y/o minimizar un posible daño; por lo tanto se la asesora sobre las diferentes formas de interrumpir un embarazo con el mínimo de riesgos y daños.
- Indagar acerca de las causas que motivan el deseo de interrumpir la gestación, ya que suele haber influencia de familiares o allegados en la toma de decisión.
- Plantear la conveniencia de incluir a la pareja en la reflexión, pero siempre aclarando que la decisión última corresponderá autónomamente a la adolescente.
- Incluirla en un protocolo clínico de atención integral.

Cuando el caso lo requiere recurrimos a un equipo interdisciplinario que brinde apoyo social y/o psicológico.

NUESTRA TAREA ES SÓLO DE INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO Y NO DE INDICACIÓN DE ALGÚN MÉTODO, YA QUE SI LO HICIÉRAMOS, ESTARÍAMOS ACTUANDO EN CONTRA DE LO QUE LAS LEYES VIGENTES ESTABLECEN

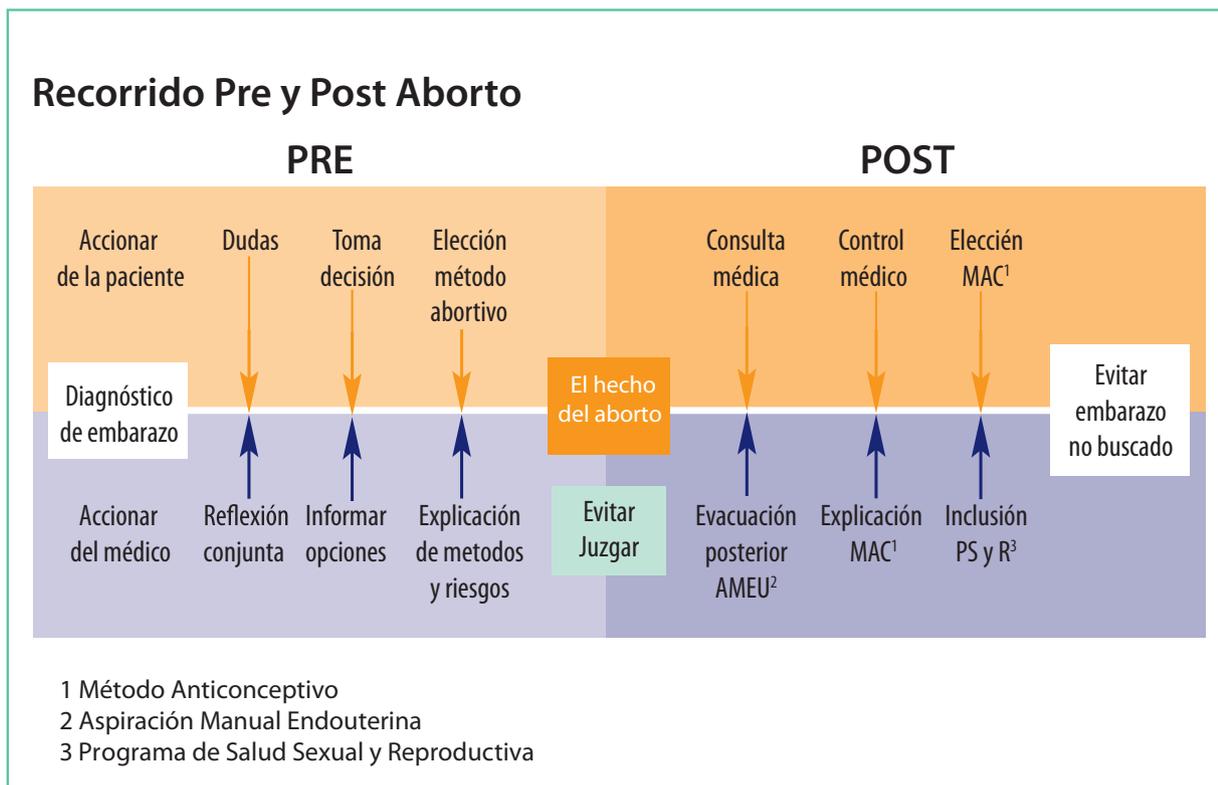
En cuanto a la atención post aborto, es frecuente que la condición de ilegalidad condicione el proceso asistencial de quienes son atendidas después de haber interrumpido voluntariamente un embarazo.

Existe muchas veces maltrato institucional, porque la clandestinidad representa una condena en gran parte del personal de salud. Asimismo el modelo asistencial privilegia la maternidad aunque ella no sea la decisión autónoma e informada de la mujer, por lo tanto quienes han recurrido a un aborto, han quebrado el mandato acerca de la maternidad; esto hace que se vea afectada la contención y el trato humanitario que la paciente

requiere. Esto es mucho más preocupante en la atención de adolescentes por ser más vulnerables.

Por eso consideramos primordial en nuestro esquema de trabajo:

- Brindar una buena atención después de un aborto.
- Lograr un trato humanitario por parte de los profesionales y de todo el personal que esté en contacto con la adolescente.
- Intentar disminuir las complicaciones psicofísicas derivadas del aborto inseguro.
- Incorporar a la usuaria al Programa de Salud Sexual y Reproductiva para evitar otro embarazo no buscado.



El hecho concreto del aborto tiene un antes -desde que se considera la posibilidad de recurrir a su práctica a la concreción del hecho- y un después -desde la realización del aborto hasta la rehabilitación completa de la mujer- (Briozzo, 2007). En el gráfico anterior se explicita el accionar previo y posterior de médico y paciente ante esta eventualidad.

¿QUIÉNES PARTICIPARON?

Esta experiencia pudo ser desarrollada gracias a un equipo interdisciplinario de profesionales altamente comprometido con el trabajo, y a los/as adolescentes, quienes encuentran en el servicio un ámbito amigable para su atención.

ESTOS ACTORES SON:

- A) EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUE PARTICIPA EN TALLERES QUE POSEE UNA AMPLIA FORMACIÓN EN GÉNERO ADQUIRIDA EN ÁMBITOS ACADEMICOS UNIVERSITARIOS.
- B) LOS/AS PROFESIONALES QUE REALIZAN ATENCIÓN CLÍNICA, QUE HAN INTERNALIZADO EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE DE GÉNERO EN LA CONSULTA Y LO TRANSMITEN A LAS NUEVAS GENERACIONES DE PROFESIONALES.
- C) LAS/OS USUARIAS/OS ADOLESCENTES QUE AL ENCONTRARSE EN UN SERVICIO QUE NO DISCRIMINA, DONDE RECIBEN INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y ATENCIÓN, LO VISUALIZAN COMO UN SERVICIO AMIGABLE Y PUEDEN PLANTEAR PROBLEMAS SOBRE SEXUALIDAD QUE EN OTROS ÁMBITOS NO HARÍAN.
- D) LAS ADOLESCENTES QUE LLEGAN CON UN EMBARAZO NO BUSCADO E INTENCIÓN DE INTERRUMPIRLO, QUE ENCUENTRAN UN ESPACIO DE CONSEJERÍA QUE -SIN JUZGARLAS- LAS AYUDA A TOMAR UNA DECISIÓN INFORMADA. LOS/AS PROFESIONALES TANTO CLÍNICOS/AS COMO GINECÓLOGAS, ADOPTAN ESTRATEGIAS A SEGUIR PARA REDUCIR RIESGOS Y DAÑOS DENTRO DE LO QUE PERMITE EL MARCO LEGAL.
- E) EL VARÓN COGESTANTE A QUIÉN SE INCLUYE EN EL ESPACIO DE REFLEXIÓN.
- F) EL SISTEMA PÚBLICO Y AUTORIDADES HOSPITALARIAS QUE RECONOCEN Y AVALAN LA EXPERIENCIA.
- G) LOS ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE APOYARON Y APOYAN LA TAREA DESARROLLADA.

¿QUÉ LOGRAMOS?

Después de casi 10 años de desarrollar talleres en la sala de espera podemos afirmar que las/os usuarios reciben esta actividad con sorpresa por no estar acostumbrados/as a que se realice en un ámbito hospitalario, pero al mismo tiempo con beneplácito porque valoran los conocimientos que adquieren, porque pueden hablar, dar su opinión y ser escuchados/as. El registro diario que hacemos de cada taller así como una pequeña encuesta que se toma cuando finaliza, en la que los/as participantes vuelcan sus impresiones y/o comentarios, nos permite hacer una evaluación cuantitativa y cualitativa de los mismos.

REGISTRO ESTADÍSTICO DE TALLERES DE SALA DE ESPERA DESDE JUNIO-2002 A MARZO-2010

TALLERES REALIZADOS: 542

LLEGADA APROXIMADA A:
6780 ADOLESCENTES
(5480 MUJERES-1300 VARONES)
Y 1990 ADULTAS/OS

En el 2004 se realizó una investigación de monitoreo de los talleres (Zingman, 2004) y de la misma se ha desprendido que quienes habían participado en los talleres tenían más adherencia al servicio, esto se manifestaba en un número mayor de consultas de seguimiento y que los contenidos del taller habían sido comentado en su círculo primario. Además se midió el impacto tres meses después, sobre un grupo reducido de participantes mediante entrevistas semiestructuradas, habiéndose observado que recordaban con detalle las circunstancias y contenidos de los talleres.

Es importante señalar que los talleres son considerados el primer eslabón de la consulta y que ésta se enriquece con los mismos ya que es frecuente que tanto varones como mujeres amplíen el motivo que los/as llevó a la consulta a otras temáticas.

TESTIMONIOS DE ADOLESCENTES

- “ME GUSTÓ PORQUE PODEMOS DECIR LO QUE PENSAMOS” (MUJER, 15 AÑOS)
- “PODEMOS HABLAR DE COSAS QUE EN CASA NO NOS ANIMAMOS” (MUJER, 17 AÑOS)
- “LO QUE PASA ES QUE EN ESE MOMENTO DEL FUEGO NO PENSÁS EN USARLO, DESPUÉS TE INCENDIAS Y AL FINAL TE QUEMÁS”. (VARÓN 20AÑOS)



TESTIMONIOS DE ACOMPAÑANTES

- ESTA BUENO, SIGAN ASÍ, NUNCA VI QUE HICIERAN ESTAS CHARLAS EN UN HOSPITAL (MUJER ADULTA)
- Y DESPUÉS DE UN ABORTO LAS CHICAS TIENEN MIEDO DE VENIR AL HOSPITAL; TIENEN MIEDO QUE EL MÉDICO LAS RETE, QUE HAGA LA DENUNCIA. (MUJER ADULTA)
- CUANDO TE ACOSTÁS CON ALGUIEN, TE ESTÁS ACOSTANDO CON TODAS LAS PERSONAS CON QUE ESA PERSONA SE ACOSTÓ ANTES. (VARÓN 50 AÑOS)

En el espacio de **consejería pre y post aborto** que comenzó en el 2004, el número de usuarias se fue incrementando paulatinamente:

- Por los comentarios boca a boca de las mismas adolescentes.
- Por la mención en el seno de los talleres del espacio de consejería.
- Por derivación de otros profesionales enterados de la existencia de esa actividad en el servicio.

En julio de 2009 se comenzó un registro estadístico con historia clínica sistematizada dentro de un Proyecto de Implementación y Expansión de Servicios Integrales de Salud Sexual y Reproductiva.

TOTAL DE USUARIAS EN EL 2008: 70

TOTAL DE USUARIAS BAJO PROYECTO DE JULIO
2009 A MARZO 2010: 75

Desde que se ha abierto el espacio de consejería podemos afirmar que han disminuido las internaciones por complicaciones del aborto y la necesidad de realizar legrados uterinos para evacuación de restos placentarios.

Algunos datos cuantitativos del período en que se lleva un registro sistematizado de la consejería -que abarca como ya se dijo a 75 usuarias- son los siguientes:

- 7 pacientes decidieron continuar con el embarazo (algunas por lo avanzado del mismo y la información que se les brindó sobre los riesgos inherentes a una interrupción en esa etapa gestacional).
- 68 pacientes decidieron utilizar misoprostol para la interrupción.
- Sólo en 5 casos se requirió internación.
- Para el 93 % de las usuarias, era la primera vez que interrumpían un embarazo.

- El 78 % realizaron la consulta en el 1º trimestre de gestación.
- El 57 % se embarazó por no haber usado ningún método anticonceptivo y en el 40 % existió un uso inadecuado del mismo.
- No se registraron complicaciones infecciosas en el post aborto.



TESTIMONIOS

- CUANDO YO EMPECÉ A EJERCER LA PROFESIÓN ERA HABITUAL QUE LLEGARAN MUJERES A LA GUARDIA CON ABORTOS INFECTADOS. EL DÍA QUE VI MORIR A UNA ADOLESCENTE CON UNA INFECCIÓN GENERALIZADA DESPUÉS DE UN ABORTO, ME CAMBIÓ LA CABEZA, ME QUEDÉ MUY MAL. POR ESO CREO QUE LA CONSEJERÍA ES UN LUGAR IMPORTANTE PARA ASESORAR A LAS MUJERES QUE QUIEREN INTERRUPTIR UN EMBARAZO.
MÉDICA GINECO-OBSTÉTRA
- YO NO QUERÍA QUE VINIERA AL HOSPITAL PORQUE TENÍA MIEDO QUE LA TRATARAN MAL POR LO QUE IBA A HACER, PERO USTED DOCTORA ENTENDIÓ LO QUE NOS PASABA, QUE NO ESTÁBAMOS EN CONDICIONES DE TENERLO, LA TRATÓ BIEN, NOS ACONSEJÓ. VARÓN ADOLESCENTE, PAREJA DE ADOLESCENTE EMBARAZADA
- DOCTORA: NO SABE LO BIEN QUE ME HIZO HABLAR CON USTED. CUANDO VI LAS DOS RAYAS ME DESESPERÉ. MUJER ADOLESCENTE, LUEGO DE LA CONSEJERÍA DECIDE CONTINUAR EL EMBARAZO.

¿CÓMO LO SOSTENEMOS?

La sostenibilidad de los talleres así como la consejería, fue posible porque se realizan en un hospital público y por lo tanto utilizan su infraestructura y en parte se nutren con sus recursos humanos.

Los talleres de sala de espera además se han sostenido a lo largo de años (2002-2007) gracias al convenio con el CDNNyA; luego continuaron realizándose con trabajo ad-honoren de las talleristas (que no pertenecen a la planta estable del hospital) y desde julio de 2009 hasta el presente forman parte del proyecto entre FUSA 2000 e IPPF, basado en el concepto de reducción de riesgos y daños. No obstante, la principal dificultad para el sostenimiento de la actividad de talleres ha sido la falta de continuidad en la disponibilidad de recursos económicos, ya que éstos dependen de proyectos puntuales.

En relación a las/os usuarias/os, en 9 años continuos de trabajo se creó conciencia en parte de las generaciones de adolescentes consultantes, sobre sus derechos sexuales y reproductivos, así como sobre las inequidades de género existentes.

El espacio de Consejería en Salud Reproductiva y en especial la consejería pre y post aborto ha podido crearse, así como sostenerse, por el profundo convencimiento de los/as profesionales que desarrollan la tarea, sobre el derecho que tienen las adolescentes a decidir.

Asimismo fueron importantes para el sostenimiento de las actividades, los convenios acordados. Uno de ellos, un convenio tripartito entre el Ministerio de Salud de la Nación, FUSA 2000 e IPPF cuya finalidad es contribuir a que disminuya la mortalidad materna en el país. Dicho convenio, aún vigente, se propuso sensibilizar y capacitar a efectores de salud en la estrategia de reducción de riesgos y daños en salud reproductiva. La importancia derivada de la firma del mismo fue la de poder llegar con aval ministerial a zonas donde el entorno y los prejuicios hacen difícil abordar temas referidos a la sexualidad, pero donde también las adolescentes son las más afectadas por embarazos precoces, abusos y todo tipo de inequidades. Se realizaron 9 intervenciones en municipios

del conurbano y para el futuro está previsto llegar a varias provincias.

Desde julio de 2009 y por el término de dos años también está en vigencia el convenio con IPPF de "Implementación y Expansión de Servicios Integrales de Salud Sexual y Reproductiva en Argentina", al que hicimos referencia anteriormente. Su objetivo es fortalecer internamente nuestro modelo de reducción de riesgos y daños y replicarlo en tres centros de la red asistencial pública del área metropolitana. Este proyecto está siendo evaluado por el Grupo de Estudio de Sexualidades del Instituto Interdisciplinario Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

RÉPLICA EN OTROS CONTEXTOS

La experiencia con talleres se difundió en 5 cursos interdisciplinarios teórico prácticos de capacitación, al que concurren unos 32 profesionales con inserción en diferentes ámbitos de trabajo, donde muchos de ellos replicaron la experiencia adquirida. Se ha difundido también mediante su presentación en congresos científicos y medios de comunicación gráfica. El espacio innovador de la consejería se presentó en dos Jornada de Capacitación auspiciadas por el Ministerio de Salud, con referentes de Programas de Salud Sexual y Procreación Responsable de regiones sanitarias del país, pero aún no tenemos datos sobre su réplica en otros centros asistenciales.

En el mes de junio de 2008 se llevó a cabo en Buenos Aires y auspiciado por IPPF-FUSA 2000, el "Encuentro Latinoamericano sobre Reducción de Riesgos y Daños. Trabajando desde la Integralidad". Al mismo concurren representantes de distintos países y se trabajó durante tres días sobre el modelo de atención del servicio de adolescencia.

Podemos afirmar que en la actualidad el servicio de adolescencia, conjuntamente con FUSA 2000, son un referente importante en el modelo de reducción de riesgos y daños en salud reproductiva y sus integrantes son invitados a exponer su experiencia en diversos Jornadas, Congresos y Universidades.

¿QUÉ APRENDIMOS?

Las experiencias relatadas en este documento acerca de las buenas prácticas en salud sexual y reproductiva en el marco de la atención integral, nos permiten hacer algunas consideraciones sobre los logros y obstáculos encontrados, con miras a favorecer la multiplicación de la experiencia en otros contextos.

Consideramos importante:

- Crear espacios de consulta diferenciados para la atención de adolescentes, donde esté contemplada la privacidad que se requiere en este grupo etario; esto favorece -entre otras cosas- a que el espacio sea visualizado como amigable.
- Incluir la mirada de distintas disciplinas en el abordaje de las consultas, lo que facilita la incorporación de otros conocimientos o saberes, que quizá desde una perspectiva exclusivamente médica no serían considerados.
- Incluir distintas especialidades en un mismo ámbito de trabajo, donde confluyan principalmente clínicos/as, ginecoobstétricas, especialistas en nutrición, por ser éstas las especialidades en que el número de consultas es más significativo.
- Tender a un enfoque integral de la consulta, incluyendo no sólo el motivo manifiesto sino el entorno sociofamiliar y cultural, considerados éstos como determinantes importantes en el proceso de salud/enfermedad.
- Utilizar los espacios de comunicación no convencionales que existen en los diferentes contextos y/o ámbitos de trabajo para realizar tareas de promoción y prevención, lo que amplía las posibilidades de intercambio con los/as adolescentes y permite brindar información y asesoramiento sobre las distintas ofertas de salud.
- Implementar espacios de consejería preaborto y post aborto en los centros asistenciales con el fin de lograr la disminución de riesgos y daños; para ello no es necesario que exista un consultorio específicamente dedicado a esta tarea, porque sabemos las dificultades institucionales que esto implica y porque además la consejera debería ser una herramienta de cuidado que todo profesional pueda poner en práctica cuando es consultado.
- Trabajar en salud reproductiva en la adolescencia y especialmente en la temática del aborto, aún actuando dentro de la leyes vigentes, es controvertida y puede convertirse en obstáculo al generar asperezas y críticas en ciertos sectores fundamentalistas de la sociedad. Pero también tenemos el convencimiento de que no se puede dejar ir a una adolescente que se ha contactado con el sistema de salud, sin darles asesoramiento y atención en salud reproductiva y, ante la decisión de interrumpir un embarazo, brindarle la información que poseemos para que disminuyan los riesgos a que se expone.
- Sensibilizar y capacitar a los/as profesionales de la salud en la atención específica que requieren las consultas de adolescentes sobre salud reproductiva, entre ellas las de prevención de embarazos, pero principalmente aquellas en que se manifiesta la intención de interrumpir la gestación. Es muy importante el protagonismo que tienen en este tema los/as médicos/as, por lo tanto, consideramos fundamental lograr que un mayor número de estos/as profesionales estén sensibilizados y capacitados.

LOGRAR DISMINUIR LOS RIESGOS INHERENTES A UNA SEXUALIDAD NO PROTEGIDA Y LOS DAÑOS SOBRE LA SALUD QUE LA MISMA CONLLEVA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES, INCORPORANDO ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS INEQUIDADES DE GÉNERO Y LAS DESIGUALDADES SOCIALES, DEBERÍA SER UNO DE LOS OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD DE LOS/AS PROFESIONALES DE LA SALUD.

BIBLIOGRAFÍA

- UNFPA "Situación de la población en la Argentina". Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo-2009; PNUD-UNFPA
- CEDES. Área salud, economía y sociedad. Morbilidad materna severa en la Argentina. Trayectorias de las mujeres internadas por complicaciones de aborto y calidad de la atención recibida. Buenos Aires: 2007; CEDES; CENEP. Disponible en <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>
- Pantelides A.; Mario S. "Estimación de la magnitud del aborto inducido". CONAPRIS- Ministerio de Salud de la Nación -2006.
- Abdala F., Bertoncello R., et al. "Informe para el análisis de la situación de la población en Argentina". 2009; Centro de Estudios de Población y UNFPA.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. Información básica 2007. Diciembre de 2008.
- World Health Organization." Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003". 5th ed. Geneva, 2007.
- Ramos S., Romero M., Karolinski A., Mercer R., Onsúa I., del Río Fortuna C. "Para que cada muerte materna importe" Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: 2004; CEDES.
- Berner E. et al. "Adolescencia. Un servicio Amigable para la Atención de la Salud" FUSA 2000. Bs. As. 2009
- Calandra N., Vázquez S. et al." Embarazo adolescente. Investigación sobre los aspectos biopsicosociales". Rev. SAJIG 1996; 3: 2-35
- Vázquez S.; Gutierrez M.A. et al. "El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes" En: Realidades y coyunturas del aborto- Comp. Checa S.- Ed.Paidós: Bs.As. 2006.
- Faúndes A; Barzelatto J. "El drama del aborto" Tercer mundo editores. Bogotá -2005.
- Briozzo L. (editor) "Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo". Iniciativas Sanitarias – ARENA - FNUAP – Montevideo - 2007.
- Zingman F. "Monitoreo y Evaluación de las intervenciones en salud reproductiva. Repercusión en adolescentes que participaron en talleres en sala de espera de un hospital público". Informe final beca Carrillo-Oñativia. CONAPRIS. Ministerio de Salud de la Nación -2004