

SALUD

DERECHOS

GÉNERO

SEXUALIDAD

SALUD REPRODUCTIVA

CONSEJERÍA

TALLERES



Adolescencia

Un Servicio Amigable para la
Atención Integral de la Salud

Dr. Enrique Berner, Dra. Nilda Calandra,
Dra. Ana María Corral, Dra. Viviana Medina,
Lic. Eugenia Tarzibachi, Dra. Sandra B. Vázquez
y Dr. Fernando Zingman.



Hospital General de Agudos
Dr. Cosme Argerich.
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Adolescencia

Un servicio amigable para la
Atención Integral de la salud

SALUD

DERECHOS

GÉNERO

SEXUALIDAD

SALUD REPRODUCTIVA

CONSEJERÍA

TALLERES

Adolescencia

Un servicio amigable para la
Atención Integral de la salud

Dr. Enrique Berner, Dra. Nilda Calandra,
Dra. Ana María Corral, Dra. Viviana Medina,
Lic. Eugenia Tarzibachi, Dra. Sandra B. Vázquez
y Dr. Fernando Zingman

Hospital General de Agudos
Dr. Cosme Argerich
Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Junio de 2009

Edición y corrección: Willay Estudio

Diseño: DCV Anahí Maroñas

Fotografía: Juan Marcelo Baiardi

1ª edición, 2009

ISBN N° 978-987-25119-0-6

Se terminó de imprimir en mayo de 2009 en Talleres Gráficos Manchita, Fundación Pelota de Trapo.

Copyright de todas las ediciones en castellano by FUSA 2000- Paraguay 1365 5° 36 (1057) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel.: 0054 (011) 4814-2922.

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, escrita a máquina, por sistema "multigraph", mimeógrafo, impreso, por fotocopia, fotoduplicación, etc., no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

Indice

Autores	7
Organigrama	10
Proyecto Institucional FUSA 2000	11
Agradecimientos	12
Prólogo	13
Presentación.....	17
Primera Parte: Sistematización y análisis del modelo de atención	
1. Antecedentes	21
1.1. Actualidad e historia del servicio	21
1.2. Población usuaria.....	24
1.3. Marco legal y programático	25
2. Principios rectores.....	36
3. Componentes del servicio	38
3.1. Promoción, prevención y asistencia	38
3.2. Docencia	58
3.3. Investigación.....	65
4. Logros	68
5. Obstáculos y estrategias	72
6. Lecciones aprendidas	76
7. Desafíos.....	78
8. Anexos	80
8.1. Instrumentos de registro del servicio.	80
8.2. Fichas de registro estadístico.....	88

8.3. Registro de actividades en Sala de Espera	89
9. Bibliografía	91

**Segunda Parte: Principios, reflexiones conceptuales
y prácticas innovadoras**

Introducción	95
I Reflexiones sobre principios éticos que estructuran las prácticas .	97
I a. Principio de Autonomía	97
I b. Confidencialidad y secreto médico.....	102
II Aspectos centrales para la atención de adolescentes.....	108
II a. Modelo de Atención Integral	108
II b. Modelo de Servicio Amigable.....	115
III Prácticas innovadoras	120
III a. Asesoramiento integral en salud reproductiva.....	120
III a.1. Oportunidades perdidas.....	120
III a.2. Servicio de Entrega de Anticonceptivos (SEA).....	123
III a.3. Consejería Preaborto	125
III a.4. Consejería Postaborto	133
III a.5. Prevención del 2º Embarazo	136
III b. Talleres en sala de espera	140
IV A modo de cierre.....	152
V Bibliografía	153

Autores

Dr. Enrique Berner. Médico egresado de la Universidad de Buenos Aires. Residencia en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Especialista en Pediatría, título otorgado por la Sociedad Argentina de Pediatría. Jefe del Servicio de Adolescencia del Hospital Cosme Argerich (GABA). Docente adscripto de la facultad de Medicina (UBA). Coordinador de la residencia post-básica en Salud Integral del Adolescente., Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría. Miembro de la coordinación del Comité de Estudios Permanentes de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría. Consultor temporario OPS y UNICEF.- Miembro fundador de la Fundación para la Salud del Adolescente del 2000 (FUSA 2000)

Dra. Nilda Calandra. Médica egresada de la Universidad de Buenos Aires y Doctora en Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Ginecología. Egresada del postgrado sobre Especialización en Estudios de la Mujer de la Facultad de Psicología (UBA). Miembro honoraria de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil. Miembro adherente de la Fundación para la Salud del Adolescente del 2000 (FUSA 2000). Ex integrante de la Junta Directiva de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF/RHO). Ex médica del Servicio de Ginecología del Hospital Gral. De Agudos Dr. Cosme Argerich. Actualmente se desempeña como medica asesora del Servicio de Adolescencia del Hospital Dr. Cosme Argerich (GABA).

Dra. Ana María Corral. Médica egresada de la Universidad de Buenos Aires. Residencia de Pediatría, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Especialista en Pediatría, título otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Beca de Perfeccionamiento en Adolescencia, Secretaría de Salud, Municipalidad de la Ciudad .Bs. As. Médica de Planta del Servicio de Adolescencia del Hospital. Gral. De Agudos Dr. Cosme Argerich. Responsable del Área Comunitaria Postgrado en Sexología Clínica (LUDIAS). Educadora y Orientadora en Educación Sexual (CETIS). Ex integrante del Equipo Interdisciplinario para el abordaje de niñas, niños y adolescentes en situación de calle, Hogares Don Bosco. Integrante del Equipo

de Capacitación del SERPAJ- Miembro de Asociación Argentina de Educadoras/es Sexuales, responsable del Área Adolescencia y Directora de PREVENRED, Proyecto de Prevención de vih-sida. Miembro fundadora de la Fundación para la Salud del Adolescente del 2000 (FUSA 2000)

Dra. Viviana Medina. Médica egresada de la Universidad de Buenos Aires. Concurrencia de Pediatría Hospital Cosme Argerich (GABA). Especialista en Pediatría, título otorgado por el Ministerio de Salud Nación Argentina. Coordinadora del Área Clínica del Servicio de Adolescencia del Hospital Cosme Argerich (GABA). Coordinadora de la Docencia de Pregrado de la Cátedra de Pediatría de la Universidad de Buenos Aires-Adolescencia. Miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría. Secretaria del Comité de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA)- Sociedad Argentina de Pediatría (2003-2005)

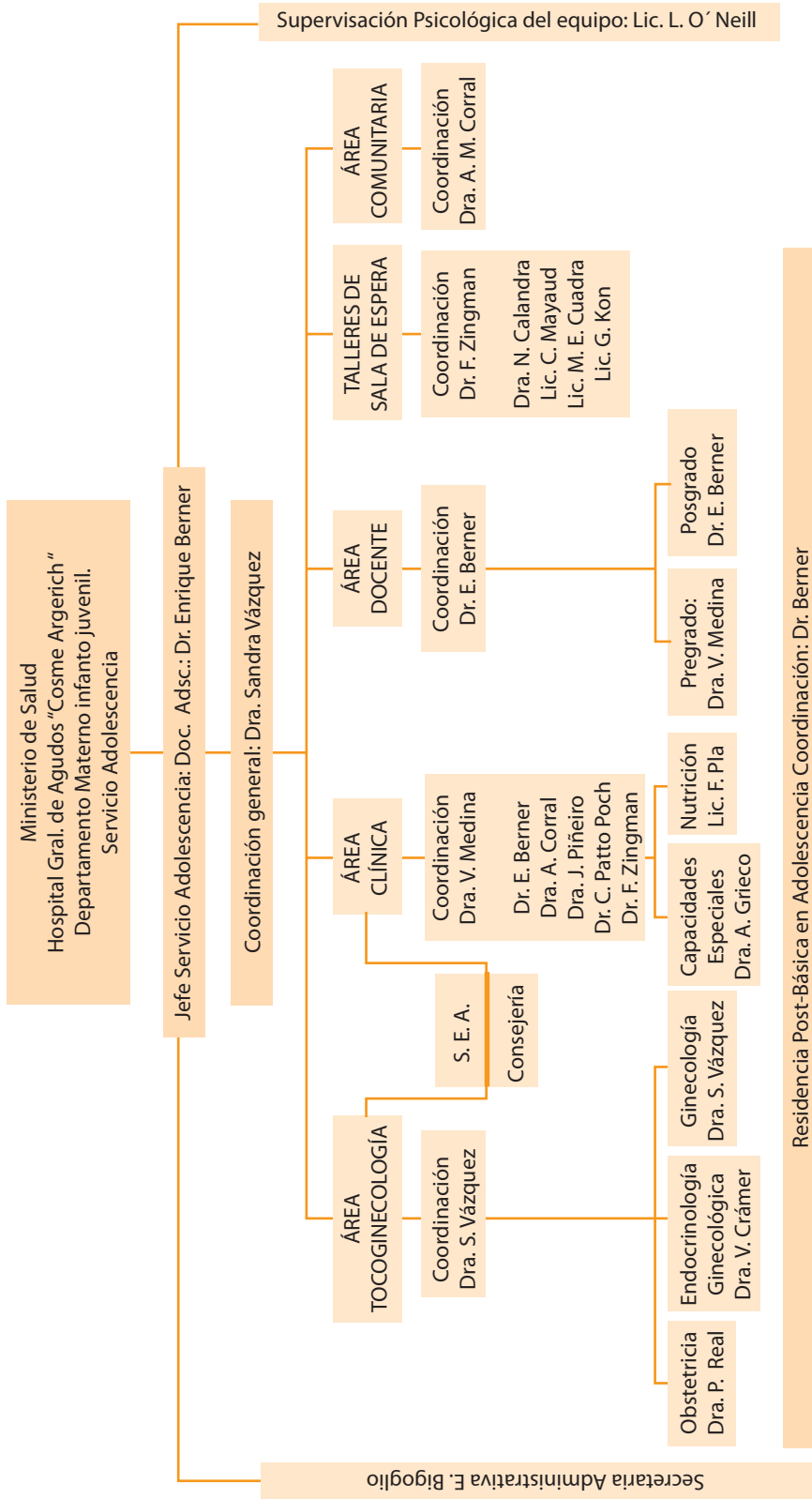
Actual vocal titular del CEPA. Miembro fundadora de la Fundación para la Salud del Adolescente del 2000 (FUSA 2000) y actual secretaria de la misma.

Lic. Eugenia Tarzibachi. Licenciada en Psicología egresada de la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Educación egresada de la Universidad de San Andrés (2005). Becaria de investigación en temas de género y educación de la Universidad de Buenos Aires (2000-2002). Responsable del Área Provincias del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación (2006-2009). Actualmente, doctoranda de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y co-conductora del programa radial metropolitano sobre discriminación de género y vida cotidiana.

Dra. Sandra B. Vázquez. Médica egresada de la Universidad de La Plata. Especialista en Ginecología Infanto-Juvenil. Especialista en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Coordinadora del Servicio de Adolescencia del Hospital Cosme Argerich (GABA). Docente de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Referente del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Miem-

bro de la Comisión directiva de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil. Miembro titular de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. Miembro fundadora de la Fundación para la Salud del Adolescente del 2000 (FUSA 2000). Jefa del Departamento de Ginecología Infanto-Juvenil del Instituto Ginecológico Buenos Aires.

Dr. Fernando Zingman. Médico egresado de la Universidad de Buenos Aires. Residencia y Jefatura de Residencia en el Hospital de Niños Pedro de Elizalde. Residencia post básica en Pediatría Ambulatoria en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Especialista en Pediatría, título otorgado por la Sociedad Argentina de Pediatría y Ministerio de Salud Nación Argentina. Médico de Planta del Servicio de Adolescencia del Hospital. Gral. de Agudos Dr. Cosme Argerich. Miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría. Miembro del Comité de Estudios Permanentes de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría.



Fundación para la Salud del Adolescente del 2000

Proyecto Institucional

La Fundación para la Salud Adolescente del 2000 (FUSA 2000) es una entidad sin fines de lucro, constituida en agosto de 1990, cuyo objetivo principal es favorecer acciones asistenciales, de docencia y de investigación, en pos de la salud integral de los y las adolescentes y jóvenes.

Para cumplir con sus objetivos las actividades que desarrolla la Fundación están centradas en:

- Diseñar e implementar planes de salud general y de salud sexual y reproductiva.
- Estimular la formación de agentes multiplicadores de prevención en salud, capacitando a adultos responsables y a adolescentes.
- Capacitar recurso profesional para atención de salud adolescente.
- Promover proyectos de trabajo e investigación con otras instituciones gubernamentales, no gubernamentales y organismos o agencias internacionales, que aborden la temática adolescente, en especial en el área salud y salud sexual y reproductiva.
- Favorecer el trabajo interdisciplinario e intersectorial
- Elaborar publicaciones referidas a la salud integral de adolescentes

Gran parte de las actividades desarrolladas por FUSA 2000 se han realizado en el Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich a través de alianzas estratégicas con el mismo.

La **comisión directiva** actual de la Fundación está constituida por:

Presidente: Dr. Enrique Berner

Vicepresidente: Dr. Jorge Castro

Secretaria: Dra. Viviana E. Medina

Tesorera: Dra. Sandra Vázquez

Vocal: Dra. Ana M. Corral

Agradecimientos

Este documento fue posible materializarse gracias al apoyo y el compromiso de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF/RHO), la Fundación para la Salud del Adolescente del 2000 (FUSA 2000), así como la participación activa de los integrantes del Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich de la Ciudad de Buenos Aires-Argentina, quienes día a día llevan adelante un servicio inclusivo que procura garantizar y ampliar los derechos de las y los adolescentes.

Agradecemos a la Dirección del Hospital, al Departamento Materno-Infanto-Juvenil y a la Jefatura de Consultorios Externos por el constante apoyo que nos brindan.

Nuestro agradecimiento a las Doctores César Patto Poch, Julia Piñero, Paula Real, Viviana Cramer, Andrea Grieco y a las Licenciadas Clara Mayaud, María Eugenia Cuadra, Gabriela Kon, Laura O'Neill y Florencia Plá, quienes actualmente con su trabajo, enriquecen las actividades del servicio, y al Dr. Jorge Castro por extender y difundir las actividades de FUSA 2000 en el interior del país. Mencionamos especialmente a las residentes y a aquellas y aquellos profesionales que en estos años nos acompañaron, aportando experiencias o formándose y nutriéndonos.

También nuestro reconocimiento a la Sra. Esther Bigoglio, ya que con su trabajo voluntario a lo largo de los años, ha brindado una valiosa ayuda en la organización del servicio.

Queremos agradecer además a la Lic. Eleonora Sacco y a la Dra. Virginia Menéndez, la colaboración técnica aportada en el proceso de sistematización.

Hacemos extensivo el reconocimiento a las y los adolescentes que han concurrido y concurren al servicio, por ser los verdaderos protagonistas, que hacen posible y nos comprometen con nuestra tarea diaria.

Prólogo

Tengo el gran placer de presentarles un libro verdaderamente extraordinario. Aquí se presenta la experiencia altamente innovadora de un grupo de médicos que decidieron llevar a la práctica los conceptos fundamentales de la ética médica para solucionar uno de los problemas más graves que se presentan en nuestras sociedades, y que frecuentemente permanece invisible u oculto. Estamos hablando de la vulnerabilidad de nuestros jóvenes a los diferentes riesgos inherentes al devenir de la sociedad actual, entre los que se encuentra el ejercicio de su sexualidad, en condiciones perjudiciales creadas por nuestras culturas que prefieren mantenerlos sin información y sin acceso a los mecanismos necesarios para protegerse.

Alrededor de 14 millones de niñas y mujeres menores de 20 años de edad dan a luz cada año en el mundo¹. En muchos de estos casos los embarazos son no deseados y ocasionan graves riesgos de salud. Entre dos y cuatro millones y medio de adolescentes intentan realizarse un aborto cada año en el mundo². Este equipo de profesionales, en relación a estas temáticas, dirige sus esfuerzos hacia la prevención y promoción de la salud, y al incorporar la perspectiva de género, intenta lograr un mayor involucramiento de los varones. Los y las jóvenes también tienen una mayor propensión a contraer infecciones de transmisión sexual. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, dos terceras partes de las infecciones de transmisión sexual registradas en el mundo ocurren entre personas menores de 25 años de edad, mientras que la mitad de todas las nuevas infecciones por VIH/SIDA se dan entre jóvenes. En América Latina, como en otras partes del mundo, los jóvenes tienen limitado el acceso a la información necesaria para la protección de este tipo de infecciones, así como las adolescentes encuentran enormes obstáculos para acceder a los métodos anticonceptivos. En Argentina, los autores mencionan que el 40 por ciento de las mujeres internadas por complicaciones de abortos inseguros tienen menos de 24 años de edad.

1 Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Estado e la Población Mundial 2004, Adolescentes y Jóvenes, Principales Cuestiones de Salud y Desarrollo.

2 Organización Mundial de la Salud. Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope, página 4 (Ginebra, 2006).

El punto de partida de la experiencia sin precedente relatada en este libro fue el reconocimiento de que los adolescentes son sujetos de derechos, entendiendo que a medida que el niño va creciendo y desarrollando su madurez y capacidad de discernimiento, aumenta su capacidad de ejercer sus derechos autónomamente, tal como lo consagra la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 (ahora ratificada por 191 países) al introducir el concepto de capacidades evolutivas.

Para garantizar el ejercicio efectivo de estos derechos es necesario dar el salto a la creación de mecanismo tales como políticas públicas, leyes, programas y servicios específicos para adolescentes.

En el área de salud sexual y reproductiva, esto incluye la implementación de servicios integrales y amigables que respondan a las necesidades de este grupo poblacional, considerando su desarrollo biológico, psicológico y social. Estos servicios deben caracterizarse por brindar condiciones habilitantes para acompañar al adolescente en la toma de decisiones autónomas y en el manejo de sus posibles consecuencias, en un marco que garantice la confidencialidad, donde el secreto médico se convierte en el pilar de la relación sanitaria.

Por más de 25 años, y con un gran volumen de consultas diarias, el Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, perteneciente al sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina), en estrecha colaboración con la Fundación para la Salud del Adolescente (FUSA 2000), ha logrado la implementación de un servicio especializado en adolescentes que puede servir de modelo a muchos otros.

Vale resaltar su sólida inserción en el marco legal del país y en los conceptos bioéticos de la autonomía, de la no maleficencia, de la beneficencia y de la justicia. También es muy novedosa la interdisciplinariedad y el intercambio de saberes que permite el continuo perfeccionamiento de la práctica. El libro relata y analiza cómo se implementa el concepto de integralidad, el que incluye la participación activa de los adolescentes en las actividades educativas, así como elementos tales como la consejería en salud sexual y reproductiva para la reducción de riesgos y daños. Los servicios verdaderamente amigables permiten al adolescente ejercer sus derechos sexuales y reproductivos en un ambiente libre de estigma y discriminación.

Cuando visité por primera vez este servicio quedé impresionada con el compromiso, la dedicación y la capacidad innovadora de su equipo. Espero que esta publicación donde se documenta la historia de la práctica de una institución tan innovadora inspire su multiplicación en toda la región, tanto a nivel de servicios públicos como privados.

Carmen Barroso

Directora Regional

Federación Internacional

de Planificación de la Familia

Región del Hemisferio Occidental

Presentación

El Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich pertenece al sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina). Desde hace más de 25 años, desarrolla una tarea sostenida y sistemática en este ámbito -en estrecha colaboración con la **Fundación para la Salud del Adolescente (FUSA 2000)**- con el propósito de ofrecer una atención calificada e integral de la salud de las y los adolescentes.

En los últimos años, la difusión de aquellos aspectos del servicio relacionados con la integralidad de las prestaciones así como con dispositivos y temáticas de intervención específicas despertó el interés de múltiples organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales. Entre ellas se encuentra la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF/RHO), organización que invitó al equipo del servicio a difundir su experiencia de trabajo entre sus asociaciones miembro de América Latina y el Caribe, en el marco del encuentro a realizarse en el mes de junio de 2009 en la Ciudad de Buenos Aires. Esta invitación desafió al equipo integrante del servicio a formalizar diversos aspectos de su práctica cotidiana, procurando lograr un producto que trascienda lo testimonial y permita dar cuenta de los procesos y resultados logrados en este tiempo de trabajo. Se espera que la reconstrucción interna y para otros de esta experiencia particular facilite la tarea de hacerla transferible y replicable. De esta manera, será posible que otros equipos interesados e involucrados en el trabajo con adolescencias y juventudes puedan “acuñar aprendizajes para reinterpretarlos, adecuarlos y aplicarlos en otros sitios” (Nierenberg, Brawerman, Ruiz: 2000: 151).

En este marco, el documento se compone de dos partes. La primera tiene como objetivo sistematizar aspectos relevantes de la experiencia de trabajo de este servicio. Para ello, se entiende la sistematización como un proceso “que tiene como finalidad la reconstrucción, el análisis e interpretación de una experiencia en un contexto determinado. Implica una reflexión sobre lo actuado e informado por los participantes a los efectos de lograr la comprensión integral del proceso desarrollado desde la perspectiva de sus destinatarios” (Suarez 2008). En este sentido, la sistematización ordena y organiza el conocimiento generado por la experiencia y de esta forma permite un aprendizaje respecto del cum-

plimiento de los objetivos originales del proyecto así como también respecto de la adecuación de las intervenciones realizadas y los procesos de relación establecidos entre la organización y la población objetivo. A fin de cumplir con el objetivo general de esta primera parte del documento se utilizaron tres tipos de instrumentos de relevamiento de información; a saber: una ficha modelo de descripción de cada componente del servicio, entrevistas semi - estructuradas y observaciones no participantes en el servicio. Como resultado del proceso de sistematización mencionado se presenta un primer capítulo de carácter contextual referido a la historia del servicio, el perfil de la población usuaria y el marco legal y programático. El segundo capítulo es de tipo descriptivo y caracteriza las diferentes prestaciones y dispositivos del servicio. Los cinco capítulos siguientes son de corte analítico; guardan la intención de producir un análisis inicial de algunos aspectos derivados de la sistematización de la tarea producida por el equipo; entre esos aspectos se han recortado los principios rectores que orientan la práctica, los logros, obstáculos y estrategias de resolución, neutralización y/o fortalecimiento implementadas respecto de estos últimos, las lecciones aprendidas a lo largo de las décadas de labor en servicio y, finalmente, los desafíos visualizados en la actualidad. En carácter de anexos, se incorporan los instrumentos de registro con los que cuenta el servicio.

La segunda parte del documento fue producida y escrita por miembros del servicio y tiene como propósito ampliar algunos conceptos que explican y sostienen la tarea, así como desarrollar información sustantiva sobre las prestaciones innovadoras que ofrece a las y los adolescentes.

PRIMERA PARTE

Sistematización y análisis del modelo de atención

Coordinación de la Sistematización:

Lic. Eugenia Tarzibachi



1. Antecedentes

1.1. Actualidad e historia del servicio

El Servicio de Adolescencia desempeña sus tareas en el marco de Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich (en adelante, Hospital Argerich). Este efector de salud es uno de los 33 hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (en adelante, GABA). Cuenta con áreas asistenciales, de docencia e investigación, y un comité de bioética. En lo que respecta al área asistencial del hospital, ésta cubre las principales especialidades clínicas y quirúrgicas y posee consultorios externos, la mayoría de ellos con salas de internación. Existen también servicios de alta complejidad como cirugía cardiovascular, trasplante, terapia intensiva neonatal, entre otros. En promedio, las prestaciones ambulatorias de salud del hospital -calculadas como consultas anuales- superan el millón; en el año 2007 se registraron 1.021.308 consultas¹. Se estima que se internan 14.500 personas por año, de las cuales el 7% son adolescentes.

En lo referido a las áreas de Docencia e Investigación, el hospital integra el Sistema de Unidad Docente Hospitalaria de la Facultad de Medicina de la UBA, en el pre y post grado. También se encuentra incorporado al Sistema de Residencias Médicas del GABA, en las distintas especialidades.

Por su parte, el Servicio de Adolescencia está constituido por seis consultorios de atención ambulatoria donde se atiende a personas de entre 10 y 21 años. Cabe destacar que el 74% de las consultas anuales corresponden a mujeres adolescentes (DES-GABA). Sus prestaciones y dispositivos también se organizan en áreas de asistencia, docencia e investigación.

Importa resumir la historia de conformación del servicio dado que ha definido su perfil de trabajo. Su antecedente más remoto es el Centro de Adolescencia que se inauguró en 1962 en el Hospital Rawson y el Consultorio de Adolescencia de la II Cátedra de Pediatría del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. En 1978 se conforma la Sección Adolescencia en el Centro de Salud N° 2 dependiente del Hospital Argerich hasta que, en 1983 -año de reinicio del período democrático- la mencionada sección se traslada a la Planta Principal de consultorios externos del Hospi-

1. Datos aportados por Movimiento Hospitalario. Dirección Estadísticas para la Salud, GABA. En adelante, "DES-GABA".

tal Argerich. A partir de 1990, un grupo de profesionales del Servicio de Adolescencia conformó una organización sin fines de lucro, la Fundación para la Salud del Adolescente del 2000 (FUSA 2000), con el propósito de complementar y fortalecer la tarea desarrollada en el servicio público. A través de FUSA 2000, se implementaron una serie de proyectos de mejoramiento del servicio con el apoyo de organizaciones nacionales e internacionales que permitieron potenciar las condiciones ofrecidas por el sistema público en lo que respecta a este servicio de salud. Desde 1992 a 1994, se desarrolló un proyecto de intervención con sede hospitalaria con el apoyo de la Fundación Kellogg. Durante esos tres años, este proyecto fortaleció el servicio en la atención integral intra-hospitalaria, la extensión extra-hospitalaria, la formación de los recursos humanos en salud y la publicación de diferentes trabajos para la comunidad científica. Siete años después, en 2001, la Agencia de Cooperación Argentino Germana (GTZ) facilitó los recursos para remodelar la sala de espera del servicio a los fines de ofrecer en ese espacio físico talleres de prevención en salud sexual y reproductiva. Los proyectos de intervención de los años posteriores a esa remodelación sirvieron para mejorar la calidad de los talleres de sala de espera. En 2002, conjuntamente con el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) participó en el curso de capacitación para adolescentes y jóvenes promotores de salud. Durante el período 2002-2007 se celebró un convenio entre FUSA 2000 y el Programa Nuestros Derechos, Nuestras Vidas, dependiente del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, para desarrollar talleres sobre sexualidad desde la perspectiva de género y derechos humanos. Paralelamente, durante los años 2004-2005, un convenio de extensión universitaria firmado con la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires permitió desarrollar una pasantía para graduados, con el objetivo de incorporar la mirada de la psicología en la coordinación de grupos en talleres de sala de espera. Por último, durante el año 2006, se trabajó con adolescentes con VIH/sida a través del dispositivo de consejerías, especialmente destinado a esa población. Este proyecto de intervención fue realizado por FUSA 2000 conjuntamente con la Asociación para los Derechos de la Infancia (ADI), y financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

A medida que el servicio fue incrementando su oferta de prestaciones y su cobertura poblacional, se amplió el equipo de trabajadores

dedicados al servicio. Inicialmente, el plantel profesional estaba constituido por tres médicos clínicos de planta y el jefe de servicio. En la actualidad, el equipo está compuesto por 23 profesionales de la salud de diversas disciplinas y una administrativa; cabe mencionar que un 25 % trabaja ad honorem.

Una de las principales fortalezas visualizadas por el propio equipo se vincula estrechamente con la permanencia de muchos de los y las profesionales a lo largo del tiempo, el compromiso y responsabilidad asumida en relación a la tarea y la identificación de sus integrantes con la misión del servicio.



En cuanto a la infraestructura, cuenta con seis consultorios adecuados para garantizar la confidencialidad de las consultas, una sala de reunión, un área de administración, un box para la entrega de anticonceptivos y un sector de sala de espera especialmente dispuesto para el trabajo en talleres con los y las adolescentes que aguardan para su atención. Por último, en relación al equipamiento, los cinco consultorios de clínica cuentan con el mobiliario requerido para la atención (camilla, escritorio, armarios, tensiómetros, etc.) y el consultorio de atención ginecológica posee una camilla ginecológica, fotóforo, mesa de curaciones, colposcopio, detector de latidos cardíacos fetales y cajas de instrumental ginecológico. El box donde se realiza la atención y entrega de anticonceptivos está equipado además con un armario donde se guardan los diferentes tipos de anticonceptivos provistos por el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. En cuanto al sector correspondiente a sala de espera -además del mobiliario- hay un televisor y una videoreproductora. Asimismo, el servicio posee siete computadoras en red y distribuidas en los diferentes consultorios y la secretaría. Sin embargo, aún carece de una historia clínica informatizada.

En 2006, el servicio fue distinguido por su calidad en la prestación con el Premio a la Gestión de Calidad en Salud. Este galardón es entregado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a aquellas organizaciones de salud que responden efectivamente a las demandas de la comunidad.



Tiene como objetivo distinguir e impulsar la mejora de la gestión en salud, desarrollar nuevos modelos de gestión y generar condiciones que permitan el efectivo ejercicio del derecho a la salud de todos los habitantes de la Ciudad. Para concursar a este premio, el servicio centró su actividad en el proceso de gestión en la atención de la salud sexual y reproductiva, evaluando, mediante encuestas, las expectativas y la satisfacción de las usuarias de anticoncepción así como la realización de encuestas a prestadores.

Todos estos antecedentes, sumados a la participación activa de los miembros del equipo en actividades científicas y de divulgación del modelo de atención en diversas organizaciones, facilitó su difusión y propició su aparición pública en medios masivos de comunicación en calidad de institución autorizada a emitir opinión, en ocasiones de debate, sobre temas vinculados con la salud de las y los adolescentes.

1.2. Población usuaria

En los consultorios del Servicio de Adolescencia, se realizan aproximadamente 15.000 consultas por año de personas entre 10 y 21 años. Un ejemplo del número y distribución de las consultas lo constituyen los datos del 1º semestre del 2008 (Tabla 1.2.a. DES-GABA). La mayor cantidad de consultas recibidas son de seguimiento y se realizan durante el turno mañana.

Tabla 1.2.a.

Consultas	De 1º vez	Ulteriores	Promedio diario
Turno mañana	1513	3806	31.4
Turno Tarde	785	1591	13.5
Total de consultas	2298	5397	44.9

Alrededor del 80% de las consultantes corresponden a adolescentes de entre 16 y 21 años, y el 20% a adolescentes de entre 10 y 15 años (DES-GABA). El 74% de las consultas anuales son realizadas por mujeres adolescentes. Aproximadamente el 80% de los/as consultantes carecen de obra social, lo cual sirve como indicador del nivel socioeconómico de la población asistida. En los últimos años, la demanda de servicios hospitalarios por parte de una población perteneciente a una clase media

empobrecida se vio incrementada por la pérdida de cobertura social.

En cuanto al lugar de residencia de la población consultante, alrededor del 42% vive en la provincia de Buenos Aires y el 52% en la Ciudad Autónoma de Bs. As. El porcentaje restante corresponde a otras provincias o países limítrofes.

Cabe destacar que el área programática del Hospital Argerich cubre la zona sudeste de la Capital Federal, que comprende los barrios de San Telmo, la Boca y Barracas, donde residen familias con necesidades básicas insatisfechas. Sin embargo, como se señaló previamente, un porcentaje significativo de quienes concurren habitualmente proviene del cono sur del Gran Buenos Aires, donde existen municipios con bolsones de pobreza.

1.3. Marco legal y programático

La perspectiva de derechos humanos atraviesa las prestaciones del Servicio de Adolescencia. Por este motivo, interesa particularmente delimitar el marco normativo que ampara los derechos de las y los adolescentes y que establece los propios, así como las obligaciones para los profesionales de la salud.

En 1994, el Estado Nacional argentino otorgó jerarquía constitucional a una serie de tratados internacionales previamente ratificados². Este es el caso de la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante, CDN) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). “Ambas convenciones representan un enorme avance en la formulación positiva internacional de derechos cuando reconocen a las mujeres y a los niños y niñas hasta 18 años como sujetos de derecho per se, y no como apéndices de las familias sometidos a la decisión arbitraria de la autoridad paterna o marital. El entorno familiar necesario para el desarrollo y la protección de niños y niñas no desvanece la individualidad de cada persona. Esta individualización de los derechos, crucial en ambas convenciones, no resta derechos a nadie.

2. “Al ratificar voluntariamente un tratado, los Estados se comprometen a respetar y garantizar que todos los seres humanos bajo su jurisdicción gocen de los derechos en él consagrados. Las disposiciones contenidas en los tratados de derechos humanos no resultan meras exhortaciones o aspiraciones que los Estados deben poner empeño en satisfacer. Estas disposiciones obligan a adoptar todas aquellas medidas necesarias para promover su respeto en condiciones de igualdad. Uno de los motivos del reconocimiento de derechos plasmados en tratados internacionales o establecidos en las constituciones locales, y su correlativo compromiso u obligación por parte del Estado al suscribir” (Petracchi - Pecheny, 2007: 14)

Todo lo contrario, lo que se propone es la recuperación de un equilibrio perdido por el irrespeto de derechos” (Acosta Vargas, 2003: 44).

Además de los compromisos asumidos a través de la ratificación de estas convenciones internacionales, el Estado Nacional sancionó una serie de leyes vinculadas. En relación a la sexualidad y la reproducción, el Congreso Nacional sancionó dos leyes específicas: en 2003, la ley N° 25673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; y, en 2006, la ley N° 26.250, que crea el Programa Nacional de Educación Sexual. Asimismo, no podemos dejar de destacar la reciente sanción de la ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres.

También cabe destacar que, a pesar de la ratificación de la CDN, la adecuación de la normativa nacional a sus postulados se produjo recién en 2006 con la sanción de la ley nacional N° 26.061 de Protección integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Esta norma rige en todo el territorio nacional e impone la obligación de respetar la condición de sujeto de derecho de las niñas, niños y adolescentes, y tener en cuenta siempre su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales (art. 3 incisos a y d). Además, garantiza en su artículo 14° el derecho a la salud integral de las niñas, niños y adolescentes, mientras que el decreto reglamentario nos indica que: “El derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la Ley N° 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (art. 14 Decreto N°415/06).”

Bajo una nueva concepción, la de la protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, “los niños son ahora definidos de manera afirmativa, como sujetos plenos de derechos. Ya no se trata de menores, incapaces, personas a medias o incompletas, sino de personas cuya única particularidad es que están creciendo. Por eso, se les reconocen todos los derechos que tienen los adultos, más derechos específicos precisamente por reconocerse esa circunstancia de estar creciendo (...) Los derechos que la convención garantiza tienen como destinatarios a toda la infancia y no a una parte de ella.” (Bellof, 2004: 35)

La distinción entre “menores” y “niños, niñas y adolescentes” no es meramente terminológica, implica la modificación sustancial de la for-

ma en la que se concibe a los niños en su relación con el mundo adulto, implica oponer un modelo basado en la protección integral de los derechos de toda la infancia a otro fundado en tutela de menores.

Ahora bien, el término “adolescentes” es inespecífico en su definición etárea. Sin embargo, en una declaración conjunta en 1988, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, acordaron la siguiente clasificación de hombres y mujeres jóvenes³:

Adolescente: 10 a 19 años

Juventud: 15 a 24 años

Jóvenes: 10 a 24 años

Por su parte, la Convención de los Derechos del Niño (CDN), que tiene la misma jerarquía que nuestra Constitución Nacional, establece que:

“Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. (art. 1).

Es decir que, en los términos de la CDN, la mayor parte de los adolescentes son niños y gozan de todos los derechos allí reconocidos.

Si hablamos de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, es importante identificar a qué derechos nos estamos refiriendo. Como mencionamos más arriba, la CDN establece que estos sujetos gozan de los mismos derechos que los adultos, y de algunos derechos específicos, toda vez que se trata de personas que están creciendo⁴.

En el ámbito de la atención de la salud, en particular la salud sexual y reproductiva, los derechos contemplados de los adolescentes que nos interesan son los siguientes:

- El derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo (artículo 6.)
- El derecho a expresar opinión libremente en todos los asuntos

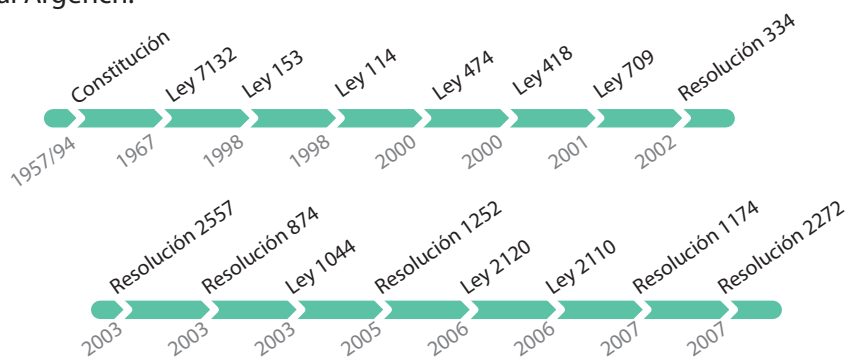
³ Ver la caracterización realizada por Cecilia Brenbauer y Matilde Maddaleno (PAHO, 2005: 257-268).

⁴ Entre estos, tal vez podríamos citar el derecho a la supervivencia y al desarrollo (art. 6 CDN), a conocer a sus padres y ser criado por ellos (art. 9), en general, a no ser separado de sus padres (art. 9).

que lo afecten, siempre que esté en condiciones de formarse un juicio propio, en función de su edad y madurez (art. 12).

- El derecho a ser escuchado en todo procedimiento administrativo o judicial que lo afecte (art. 12).
- El derecho a la libertad de expresión, que incluye la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, que solo puede ser restringido a) Para el respeto de los derechos o la reputación de los demás; o b) Para la protección de la seguridad nacional o el orden público o para proteger la salud o la moral públicas (art. 13).
- El derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión (art. 14).
- El derecho a estar libre de injerencias arbitrarias en la vida privada (art. 16).
- El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud (art. 24), que incluye la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia (art. 24, inciso f).
- El derecho a la educación encaminada a (...) preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre (arts. 28 y 29)

Por su parte, existe una serie de normas vinculadas a la adolescencia y las obligaciones de los profesionales de la salud que rigen en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A continuación, se sintetiza el marco normativo de la jurisdicción a la que pertenece el Hospital Argerich.



Año de sanción	Tipo de norma	Número	Tema y artículos claves
1957/94	Constitución		Derecho a la salud (arts. 20 y 21), derechos sexuales y reproductivos (art. 37), inclusión de la perspectiva de género en las políticas públicas (art. 38).
1967	Ley	17132	Ejercicio de la medicina.
1998	Ley	153	Ley básica de salud.
1998	Ley	114	Protección integral de los derechos de niños niñas y adolescentes: contempla la salud sexual y reproductiva de los niños niñas y adolescentes (art. 23).
2000	Ley	474	Plan de igualdad de oportunidades y de trato entre varones y mujeres.
2000	Ley	418	Políticas o programas de salud sexual y reproductiva. Tiene como objeto garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable, y regular las acciones destinadas a tal fin (art. 1).
2001	Ley	709	Régimen especial para alumnas embarazadas y alumnos en condiciones de paternidad.
2002	Resolución	334	Atención de víctimas de violencia sexual.
2003		2557	
2003	Resolución	874	Ligadura de Trompas de Falopio.
2003	Ley	1044	Embarazos incompatibles con la vida (anencefalia).
2005	Resolución	1252	Implementación de normas que garanticen la atención integral de la salud de niños, niñas y adolescentes que concurren sin acompañante adulto al momento de requerir tipo de prestación de salud.
2006	Ley	2120	Inclusión de las perspectiva de género (art. 4), promoción de la eliminación de patrones socioculturales estereotipados de género (art.5).
2006	Ley	2110	Educación sexual integral.
2007	Resolución	1174	Aprobar el procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punibles contempladas en el artículo 86 incisos 1° y 2° del Código Penal.
2007	Resolución	2272	Obligación de respetar la identidad de género adoptada o autopercebida por las y los usuarios del sistema de salud. Dispone que cuando una persona utilice un nombre diferente al de su documento de identidad por considerarlo representativo de su identidad, éste deberá ser utilizado para la citación, registro y otras gestiones asociadas, en caso que la persona lo solicite.

Interesa prestar especial atención al artículo N°4 de la Ley N° 153 (Ley básica de salud) en el que se enumeran los derechos de todas las personas en relación con el sistema de salud y los servicios de atención. En dicho texto se establecen los siguientes derechos:

- a.** El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural;
- b.** La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden;
- c.** La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;
- d.** El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso;
- e.** Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba;
- f.** Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad;
- g.** Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud;
- h.** Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos;
- i.** Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.
- j.** Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación;
- k.** Internación conjunta madre-niño;
- l.** En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento;
- ll.** Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores;



- m.** Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen;
- n.** En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores (...)” (Ley N°153/98)

En lo referido al consentimiento informado en casos de consultas de adolescentes, el decreto N° 2603/2003 modifica el inciso h del artículo correspondiente a la Ley N° 153 que acabamos de presentar y define:

“1. El profesional que solicite el consentimiento informado de su paciente para la realización de estudios y tratamientos, previo a ello deberá brindarle información respecto a los estudios o tratamientos específicos, riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución. También se le deberá informar la existencia de otras opciones de atención o tratamientos significativos si las hubiere.

2. El paciente podrá solicitar durante el procedimiento seguido para manifestar su consentimiento informado, la presencia de personas de su elección.

3. Toda persona que esté en condiciones de comprender la información suministrada por el profesional actuante, que tenga suficiente razón y se encuentre en condiciones de formarse un juicio propio, puede brindar su consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos. Se presume que todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar testeo de HIV, solicitar la provisión de anticonceptivos).



4. Una síntesis de la información brindada por el profesional actuante deberá quedar registrada en la Historia Clínica o registros profesionales con fecha, firma del profesional, aclaración y número de Matrícula. En idéntica forma deberá registrarse la declaración de voluntad del paciente

que acepta o rechaza el estudio o tratamiento propuesto, así como el alta voluntaria si correspondiere, con su firma y aclaración. Para el caso de rechazo informado, deberá explicarse al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir el tratamiento, las que se registrarán del mismo modo en la Historia Clínica o registros pertinentes.

5. Cuando el paciente no esté en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento informado podrá ser otorgado por su cónyuge, cualquiera de sus padres, o representante legal, si lo hubiere. En ausencia de ellos, también podrá prestar el consentimiento informado su pariente más próximo, o allegado que, en presencia del profesional, se ocupe de su asistencia. El vínculo familiar o la representación legal en su caso, será acreditado por la correspondiente documentación. En los supuestos de urgencia, a falta de otra prueba, podrá prestarse declaración jurada al respecto. El manifestante, en este supuesto, quedará obligado a acompañar dentro de las 48 horas la documentación respectiva. Solo en caso de negativa injustificada a consentir un acto médico requerido por el estado de salud del paciente, por parte de las personas mencionadas, se requerirá autorización judicial.

6. En ningún caso el profesional deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado.

7. Se podrá prescindir del procedimiento para obtener el consentimiento informado del paciente cuando: i) a criterio del profesional actuante existan riesgos para la Salud Pública; e ii) cuando el paciente no pueda expresar su consentimiento y la gravedad del caso no admita dilaciones, salvo que existan indicios que permitan presumir la negativa del paciente a aceptar los estudios o tratamientos propuestos" (**Decreto N° 2316/03, subrayado propio**)

Por último, en relación a los alcances de los servicios de atención integral de la salud de las y los adolescentes, interesa destacar ciertos artículos de la Ley N° 114, a saber:

Artículo 5° - Remoción de obstáculos. La Ciudad promueve la remoción de los obstáculos de cualquier orden que, limitando de hecho la igualdad y la libertad, impidan o entorpezcan el pleno desarrollo de niñas, niños y adolescentes y su efectiva participación en la vida política, económica y social de la comunidad.

Artículo 6º - Efectivización de derechos. La familia, la sociedad y el Gobierno de la Ciudad, tienen el deber de asegurar a niñas, niños y adolescentes, con absoluta prioridad, la efectivización de los derechos a la vida, a la libertad, a la identidad, a la salud, a la alimentación, a la educación, a la vivienda, a la cultura, al deporte, a la recreación, a la formación integral, al respeto, a la convivencia familiar y comunitaria, y en general, a procurar su desarrollo integral

Artículo 8º - Garantía de Prioridad. Los/las niños, niñas y adolescentes tienen prioridad en la:

- a. protección y auxilio cualquiera sea la circunstancia;
- b. atención en los servicios públicos;
- c. asignación de recursos públicos en la formulación y ejecución de políticas en las áreas relacionadas con la efectivización y la protección de los derechos de la niñez, la adolescencia y la familia;
- d. consideración y ponderación de las necesidades y problemáticas de la comunidad local a la que pertenecen.

Artículo 22º - Derecho a la Salud. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud. Debe asegurarse su acceso gratuito, universal e igualitario, sobre la base de la solidaridad.

Artículo 23º - Protección de la salud. A los efectos de garantizar el disfrute del nivel más alto de salud el Gobierno debe adoptar medidas para:

- a. reducir la morbi-mortalidad;
- b. combatir las enfermedades y la malnutrición;
- c. asegurar que todos los sectores de la sociedad, los miembros de la familia, y en particular los niñas, niños y adolescentes, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición, las ventajas de la lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental y todas las medidas de cuidado y prevención;
- d. desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación al grupo familiar conviviente, la educación en materia de salud sexual y reproductiva, tendientes a prevenir el embarazo no deseado y

las enfermedades de transmisión sexual;

- e. proveer gratuitamente a niños, niñas y adolescentes de escasos recursos medicamentos, prótesis u otros elementos necesarios para su tratamiento, habilitación y rehabilitación.
- f. proporcionar condiciones dignas para que la madre, el padre o la persona responsable del cuidado de niños, niñas y adolescentes permanezca todo el tiempo durante el cual se prolongue la internación en establecimientos de salud;
- g. vacunar gratuitamente según el esquema vigente.
- h. Garantizar el derecho de los niños y niñas a gozar de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y continuada hasta el primer año de vida, con el agregado de alimentos complementarios, adecuados, oportunos y seguros, inclusive para aquellos cuyas madres cumplen penas privativas de libertad. El niño o niña no podrá ser separado de su madre durante un período no menor a los doce (12) meses consecutivos a partir del momento de su nacimiento. *(Conforme texto Art. 8° de la Ley N° 2.524, BOCBA N° 2832 del 14/12/2007)*
- i. Garantizar la aplicación de los principios consagrados en esta ley en materia de prestaciones relativas a la salud mental;
- j. Garantizar la atención de la salud a toda adolescente embarazada

Por su parte, las leyes nacionales han promovido la creación de programas a ese mismo nivel, muchos de ellos con desarrollos a nivel provincial y municipal.

Este es el caso del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable que inició sus funciones institucionales en el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2003. El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ha sido una jurisdicción pionera al poner en marcha el programa local con anterioridad al nacional y uno de los efectores bajo programa fue y es el Hospital Argerich. Cabe destacar que el Servicio de Adolescencia es considerado un servicio modelo por parte del programa jurisdiccional en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, así como en el Programa Nacional con el que colabora en

asesoría técnica vinculada a servicios innovadores, como la consejería pre y pos aborto para adolescentes.

Los insumos anticonceptivos que provee el servicio son facilitados por el programa local. En forma bimestral se realiza el pedido de necesidades de insumos, los cuales son enviados con igual periodicidad. La canasta de insumos anticonceptivos provistos está compuesta por DIU, anticonceptivos orales de diferentes dosis y progestágenos, anticonceptivos orales para la lactancia, inyectables, preservativos, pruebas de embarazos y óvulos para tratamientos. Durante el transcurso del año 2007, se realizaron las siguientes acciones vinculadas con la entrega de anticonceptivos⁵:

- 3.758 consultas para entrega de anticonceptivos orales.
- 273 consultas para anticoncepción inyectable.
- 29 consultas para inserción de dispositivo intrauterino.
- Aproximadamente 60 gruesas de preservativos (auto-administrados) lo que equivale a 8.640 unidades.



⁵ No se incluyen en el registro las consultas de información y asesoramiento individual sobre método anticonceptivo en las que no se entrega el insumo.

2. Principios rectores

Las prestaciones de salud brindadas por el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich se organizan de acuerdo al marco legal vigente pero también en función de una serie de principios rectores que orientan las prácticas. Estos principios constituyen directrices para la praxis profesional y las decisiones institucionales, especialmente, en situaciones de conflicto.

A continuación retomamos la sistematización de los principios rectores realizada por IPPF/RHO (IPPF/RHO, 2008) con la respectiva adecuación para servicios amigables destinados a adolescentes.

Favorabilidad: En caso de dudas acerca del sentido de una norma o de su aplicación, debe adoptarse la interpretación o la aplicación que mejor se compadezca con los derechos de las y los adolescentes .

Confidencialidad: El principio de confidencialidad encuentra su fundamento en el deber de guardar el secreto profesional. Implica que todas las y los profesionales de la salud que obtengan información acerca de la salud o la vida privada o intimidad de los y las adolescentes, de manera directa o indirecta, explícita o implícita, tienen el deber de disponer de todos los medios para que dicha información no sea divulgada y la prohibición de usarla en provecho propio o divulgarla.

Privacidad: Los servicios destinados a adolescentes deben respetar la privacidad de sus consultas. Lo anterior incluye por lo menos: (i) la



adecuación de espacios en las instituciones; (ii) la creación de condiciones para garantizar la privacidad de la información solicitada por adolescentes y aquella que se consigne en la historia clínica; (iii) la capacitación e información a todos los empleados de las instituciones para que conozcan sus obligaciones de respeto de la privacidad de la información.

Integralidad: Los servicios para adolescentes deberán prestarse de manera integral, incluyendo educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y todos los demás servicios y actividades que demande la conservación de la vida y el nivel más alto de salud posible de las y los adolescentes.



Oportunidad: Los servicios deben prestarse en el momento en que los y las adolescentes, o quien en cada caso se encuentre autorizado para hacerlo, solicite la consulta. Se prohíbe a todas las personas que participan en dichos servicios evadir y mantener en suspenso e incertidumbre a los usuarios y las usuarias que piden asesoramiento. El Servicio de Adolescencia trabaja bajo la directriz del concepto de “oportunidades perdidas” que implica detectar aquellas problemáticas de salud que quedan ocultas detrás del motivo verbalizado en la consulta. Mediante esta indagación se proponen brindarles a los/as adolescentes una respuesta adecuada de asesoramiento y atención así como acompañarlos en todos los requerimientos que excedan el motivo de consulta inicial y que sean posible de satisfacer.

Celeridad: A las mujeres y los varones que soliciten atención en servicios para adolescentes se les garantiza una atención lo mas ágil posible. En los casos en que las barreras institucionales impongan un tiempo de espera, se crearan dispositivos de participación que permitan canalizar colectivamente inquietudes y difundir las prestaciones del servicio.

Continuidad: El servicio de salud debe prestarse de manera ininterrumpida, constante y permanente. En aplicación de este principio, la prestación de los servicios para adolescentes deben ofrecerse de manera regular y continua y su garantía debe ser responsabilidad del Estado.

Seguridad: Los servicios deberán prestarse en condiciones óptimas de seguridad para adolescentes.

3. Componentes del servicio

Tal como se señaló previamente, el Servicio de Adolescencia replica la estructura organizativa del sistema hospitalario en tres áreas: asistencial, docencia y formación, e investigación. A continuación, se recorre descriptivamente cada una de ellas.


3.1. Área “asistencial”: Promoción, prevención y asistencia

Los profesionales del servicio consideran que la labor de esta área no debe ser meramente asistencial; por ello incorporan dispositivos de trabajo con la población que incluyen la promoción y la prevención en salud; este es el caso de los talleres de sala de espera. Por otra parte, el área incluye la recepción de usuarios/as, consulta clínica, consulta gineco-obstétrica, nutricional, consejería pre y pos aborto, atención de personas con capacidades diferentes, un sistema especialmente diseñado para la entrega de insumos anticonceptivos, y la supervisión psicológica para profesionales que trabajen con casos de alta complejidad en su situación emocional. En la segunda parte de este documento puede encontrarse una descripción detallada de las características de dos servicios ofrecidos que han sido considerados como “innovadores” por parte del equipo, a saber: atención integral de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y los talleres en sala de espera.


A continuación se presenta una síntesis realizada por los responsables del equipo en lo referido a cada una de las prestaciones y dispositivos del área asistencial.

PRESTACIÓN	CONSULTA CLÍNICA
Descripción general	Servicio gratuito que ofrece el sistema de salud público a los y las jóvenes entre 10 y 20 años con 11 meses que se acercan al Hospital para su atención. Se les brinda una atención integral en salud en forma individualizada, respetuosa de sus derechos, y se deriva, de acuerdo a las necesidades, a otros servicios especializados.




Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> •Brindar atención médica diferenciada e integral a todas las personas del grupo etáreo mencionado. •Acompañar crisis vitales. •Intervenir anticipadamente en la promoción y prevención en salud a fin de reducir riesgos y daños.
Destinatarios/as	<ul style="list-style-type: none"> •Mujeres y varones de 10 a 20 años y 11 meses de edad que consultan directamente o son derivados de otras instituciones de salud o de aquellas que alojan a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo social. •Directa e indirectamente, los grupos de pertenencia, familiares o no.
Servicios que presta/ principales actividades	<ul style="list-style-type: none"> •Control clínico y entrevista motivacional. •Valoración de grado de desarrollo puberal y estado nutricional. •Inclusión en la consulta del grupo familiar y conviviente. •Promoción de la escolarización e inserción social. •Promoción del desarrollo de proyectos de vida. •Asesoramiento en el cuidado de la salud sexual y reproductiva. •Seguimiento de pacientes con patología crónica. •Extensión de certificados de salud para las instituciones públicas que lo requieren. •Consejería en salud sexual y reproductiva •Evaluación y tratamiento de las adolescentes con síndrome metabólico. •Atención protocolizada de las adolescentes víctimas de violencia sexual. 

	<ul style="list-style-type: none"> •Evaluación de adolescentes con alteraciones de la fertilidad. •Asesoramiento inicial en disfunciones sexuales.
Frecuencia de realización	•Diaria (lunes a viernes), en horario matutino y vespertino. Atención con turnos programados y por demanda espontánea.
Articulación con otras áreas o servicios	<ul style="list-style-type: none"> •Intraservicio: Ginecología, Psicología, Nutrición, Obstetricia, servicio de atención de personas con necesidades especiales •Intrahospitalario: con profesionales de otros servicios. •Interhospitalario: interconsultas, derivaciones, recepción de derivaciones de otros nosocomios •Intersectorial: escuelas, defensorías, instituciones que atienden jóvenes en riesgo.
Infraestructura equipamiento disponible	6 consultorios (incluido ginecológico), 6 camillas, 5 balanzas, 1 balanza electrónica, 3 negatoscopios, 6 tensiómetros de pared, 2 otoscopios, 1 pediómetro de pared, 2 orquidómetros , 1 fotóforo.
Financiamiento	Gobierno Ciudad Autónoma de Bs. As.
Instrumentos utilizados	<ul style="list-style-type: none"> •Historia clínica. CLAP-OPS-OMS •Protocolo de diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes. •Normas de atención. •Ficha de riesgo.

PRESTACIÓN	CONSULTA OBSTÉTRICA
<p>Descripción general</p>	<p>Servicio gratuito que ofrece el sistema de salud público para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas durante el embarazo de mujeres adolescentes. El control prenatal comprende una serie de entrevistas programadas entre la mujer embarazada y el equipo de salud con el objeto de generar el seguimiento de la evolución del embarazo y acompañar la preparación para el momento del parto y la crianza.</p>
<p>Objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Promover la salud perinatal. •Contribuir a la preparación de la madre en sus aspectos físicos y psicosociales para el nacimiento. •Fomentar el vínculo de las pacientes con los recursos de la atención integral de adolescentes. •Prevenir, diagnosticar y tratar las posibles complicaciones del embarazo. •Detectar enfermedades maternas. •Detectar precozmente patologías fetales. •Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal. •Control del puerperio. •Fomentar la incorporación al Programa de Salud Sexual y Reproductiva en el post parto. •Asistir a las adolescentes en situación de aborto inseguro. •Prevenir embarazos no buscados y abortos en condiciones de riesgo. •Promover la lactancia materna.
<p>Destinatarios/as</p>	<p>Mujeres embarazadas menores a los 20 años y 11 meses de edad que consultan </p>


	directamente o son derivadas de otras instituciones de salud o de aquellas que alojan a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo social.
Servicios que presta/ principales actividades	<ul style="list-style-type: none"> •Asesoramiento preconcepcional. •Control del embarazo y puerperio. •Promoción de la inclusión de la pareja, en los casos en que la hubiera. •Preparación para la lactancia. •Ofrecimiento de ingreso inmediato al Programa de Salud Reproductiva para adolescentes en situación de puerperio o post-aborto.
Frecuencia de realización	<ul style="list-style-type: none"> •Semanal (una vez por semana de 8 a 12:30 hs.). •Atención con turnos programados y por demanda espontánea.
Articulación con otras áreas o servicios	Intrahospitalario: <ul style="list-style-type: none"> •Ecografía. •Centro Obstétrico. •Sala de internación obstétrica. •Laboratorio central. •Hemoterapia. •Curso de preparación parto. •Trabajo social. •Salud mental.
Infraestructura y equipamiento disponible	<ul style="list-style-type: none"> •Consultorio equipado. •Detector de latidos fetales. •Gestograma.
Financiamiento	Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires.
Instrumentos utilizados	Historia clínica perinatal CLAP-OPS/OMS.

PRESTACIÓN	CONSULTA GINECOLÓGICA
Descripción general	Servicio gratuito que ofrece el sistema de salud público para desarrollar acciones de cuidado de la salud en los aspectos ginecológicos, sexuales y reproductivos de la población adolescente consultante. El consultorio de atención ginecológica fue incorporado al Servicio de Adolescencia en 1989, dado el creciente número de consultas por parte de las usuarias.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> •Integrar la atención ginecológica dentro del ámbito físico del servicio. •Facilitar la atención ginecológica de todas las adolescentes consultantes que así lo requieran. •Favorecer el control ginecológico desde edades tempranas. •Orientar y asesorar sobre los métodos anticonceptivos más apropiados para cada adolescente. •Promover la doble protección.
Destinatarios/as	Mujeres menores a los 20 años y 11 meses de edad que consultan en las siguientes situaciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. iniciaron sus relaciones sexuales. 2. presentan alteraciones ginecológicas y/o endocrino-ginecológicas. 3. presentan patologías crónicas en tratamiento.
Servicios que presta/ principales actividades	<ul style="list-style-type: none"> •Controles ginecológicos en salud (incluyendo Papanicolau y colposcopia). •Detección precoz y tratamiento de alte- 

	<p>raciones del desarrollo, infecciones y afecciones neoplásicas en el aparato genital femenino.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Consejería en salud sexual y reproductiva. •Examen ginecológico y asesoramiento de las adolescentes que se encuentren en situación de interrupción de embarazo. •Inclusión al PSRyPR de las adolescentes en situación de post-aborto. •Evaluación y tratamiento de las adolescentes con alteraciones endocrino-ginecológicas. •Evaluación y tratamiento de las adolescentes con síndrome metabólico. •Atención protocolizada de las adolescentes víctimas de violencia sexual. •Evaluación de adolescentes con alteraciones de la fertilidad. •Asesoramiento inicial en disfunciones sexuales.
Frecuencia de realización	<ul style="list-style-type: none"> •Diario, en horario matutino (lunes a viernes de 8 a 12.30 hs.). •Semanal, en horario vespertino (lunes de 13 a 17 hs.).
Articulación con otras áreas o servicios	<p>Intrahospitalaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Internación ginecológica del servicio de Ginecología. •Internación pediátrica. •Sección de Patología mamaria del servicio de cirugía. •Ecografía. •Bacteriología. •Anatomía Patológica. •Laboratorio.



Infraestructura y equipamiento disponible	Un consultorio equipado con: <ul style="list-style-type: none"> •Camilla ginecológica. •Carro de curaciones. •Colposcopio. •Instrumental para procedimientos ambulatorios (biopsias, legrados endocervicales, topicaciones, inserción de DIU, etc.) •Balanza. •Tensiómetro. •Tablas de percentilos.
Financiamiento	Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires.
Instrumentos Utilizados	Historia Clínica Ginecológica

PRESTACIÓN	ATENCIÓN A ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES
Descripción general	Los/as adolescentes con necesidades especiales son atendidos por una médica pediatra y hebiatra, especializada en este tipo de pacientes, pasando a ser su médica de cabecera. Su misión es lograr la atención integral y articular los diagnósticos y tratamientos de los distintos especialistas consultados, dada la diversidad de patologías
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> •Garantizar el derecho a la salud de estos adolescentes y sus familias, brindando un espacio de atención integral, con el propósito de promover medidas eficaces para la prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades en la vida social. •Adoptar medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, 

	<p>mentales y/o sensoriales, y a que, si dichas deficiencias ya se han producido, éstas tengan las mínimas consecuencias físicas psicológicas y sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Promover espacio de consejería en salud sexual y procreación responsable, garantizando de esta manera el ejercicio de la sexualidad en quienes estén capacitados.
Destinatarios/as	Adolescentes entre 10 y 20 años, con discapacidad motora, mental y o sensorial.
Servicios que presta/ principales actividades	<ul style="list-style-type: none"> •Reconocimiento etiológico de la patología identificando un diagnóstico de enfermedad y compartirlo con la familia. •Identificación del tipo de discapacidad (motora-mental-sensorial) que presenta el paciente para programar acciones. <p>Control clínico integral, con evaluación antropométrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Orientación sobre inserción escolar. <p>Información de los derechos con que cuentan por su discapacidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Orientación sobre sexualidad para el adolescente y su familia y asesoramiento sobre anticoncepción.
Frecuencia de realización	Una vez por semana, en el horario matutino.
Articulación con otras áreas o servicios	<ul style="list-style-type: none"> •Dentro del servicio, con el equipo interdisciplinario del mismo. •Dentro del hospital con especialistas que colaboran con la atención específica de acuerdo a las patologías, así como con especialistas de otras instituciones.



Infraestructura y equipamiento disponible	Se utilizan las instalaciones del servicio.
Financiamiento	Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

PRESTACIÓN	CONSULTA NUTRICIONAL
Descripción general	Servicio gratuito que ofrece el sistema de salud público para usuarios/as derivados por el/la médico/a clínico/a por presentar alteraciones en su estado nutricional.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> •Aportar atención específica de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria o alteraciones metabólicas. •Promover medidas eficaces para la prevención de enfermedades relacionadas a los hábitos alimentarios en la edad adulta. •Desarrollar estrategias específicas para el seguimiento de estos pacientes y su familia a fin de evitar secuelas irreversibles en la juventud y adultez. •Participar al entorno sociofamiliar.
Destinatarios/as	<ul style="list-style-type: none"> •Mujeres y varones entre 10 y 20 años con trastornos nutricionales como obesidad, anorexia, bulimia, síndrome metabólico. •Familias y grupos de contención de estos/as jóvenes.
Servicios que presta/ principales actividades	<ul style="list-style-type: none"> •Recomendaciones nutricionales para la población adolescente y sus grupos de contención orientadas a lograr una dieta ordenada y equilibrada, acorde a sus requerimientos nutritivos, y capaz de generar hábitos más adecuados de alimentación.



	•Seguimiento nutricional de los y las pacientes con trastornos alimentarios.
Frecuencia de realización	Tres veces por semana, en horario matutino, con turno programado o derivado en el día por el clínico/a a cargo.
Articulación con otras áreas o servicios	Intrahospitalario: Endocrinología, traumatología, neurología, con áreas de internación del hospital Extrahospitalaria: con otros centros especializados si el/la paciente requiere internación.
Infraestructura y equipamiento disponible	El servicio cuenta con el equipamiento necesario para la atención y seguimiento de estos pacientes, balanzas, tensiómetros, calibres de pliegue, altímetros, tablas de BMI y de percentilos validadas para este grupo etáreo.
Financiamiento	Recurso humano ad honorem.
Instrumentos utilizados	No tiene registro específico.


DISPOSITIVO	TALLERES DE SALA DE ESPERA
Descripción general	Dispositivo de promoción de la salud, realizado en el marco del sistema público. Se trata de un espacio que procura la interacción informal entre profesionales y usuarios/as a fin de abordar determinantes socioculturales de salud.
Objetivos	Objetivo general. Elaborar en y con el



	<p>grupo determinantes culturales de la salud que hacen a la gestión del bienestar individual y social.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •Mejorar la relación con el sistema de salud y particularmente la accesibilidad al Servicio de Adolescencia. •Abordar la temática de salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva. •Incorporar la perspectiva de género, desnaturalizando aspectos de la relación entre varones y mujeres que influyen en la salud. •Reconocer y asumir los derechos vinculados a la salud por parte de los/as usuario/as. •Incorporar herramientas y recursos para gestionar la propia salud y la del entorno. •Generar inquietudes que se canalicen en la consulta posterior •Lograr la participación activa de los/as integrantes y habilitar la circulación de saberes de diferente orden. •Favorecer el diálogo intergeneracional.
<p>Destinatarios/a</p>	<p>Mujeres y varones, adolescentes y adultos, que concurren al servicio como usuarios/as o acompañantes.</p>
<p>Servicios que presta/ principales actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Actividades participativas y lúdicas coordinadas por profesionales del servicio con el fin de elaborar con los y las usuarios vivencias y creencias socioculturales que afectan la salud. •Provisión de información sobre salud, salud sexual y reproductiva y sobre el funcionamiento del servicio.



Frecuencia de realización	Tres veces por semana, en el horario matutino (8.30 a 9.30 hs.).
Articulación con otras áreas o servicios	Intraservicio: <ul style="list-style-type: none"> •Consulta clínica. Se amplían los motivos de la consulta clínica incorporando consultas sobre sexualidad y salud reproductiva. •Se favorece el acceso al Programa de Salud Reproductiva.
Infraestructura y equipamiento disponible	<ul style="list-style-type: none"> •Sala de espera propia y abierta hacia otras áreas del hospital. •Mobiliario (sillas móviles). •Televisor. •Videoreproductor.
Financiamiento	Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires. Coordinación de actividades: ad honorem Financiamiento esporádico de Agencia de Cooperación Argentino-Germana y Consejo de los Derechos Niños, Niñas y Adolescentes.
Instrumentos utilizados	Encuesta evolución post taller Planilla de registro de cada taller


DISPOSITIVO	SUPERVISIÓN PSICOLÓGICA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD
Descripción general	Dispositivo destinado a los/as médicos que soliciten supervisión psicológica sobre determinados casos clínicos y el acompañamiento en entrevistas puntuales con pacientes que lo requieran por la comple- 

	<p>alidad del caso. Trabajar con el equipo de profesionales a fin de disminuir el síndrome de burnout cuando los pacientes demandan mucha atención y asistencia.</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> •Brindar a médicos/as supervisión en la escucha de adolescentes con trastornos psico-emocionales. •Aportar, conjuntamente con el profesional tratante, a la construcción de de la demanda para un tratamiento psicológico.
Destinatarios/as	<p>Integrantes del Equipo de Salud: médicos clínicos, medicas ginecólogas, nutricionista, residentes.</p>
Servicios que presta/ principales actividades	<ul style="list-style-type: none"> •Interconsulta de los profesionales ante casos puntuales. •Entrevistas a pacientes a demanda de los clínicos y/o ginecólogas. •Contención emocional a los/as médicos/as residentes o con pocos años de ejercicio de la profesión en los casos complejos.
Frecuencia de realización	<p>Tres veces por semana en horario matutino (lunes, miércoles y jueves)</p>
Articulación con otras áreas o servicios	<p>Con el equipo del servicio</p>
Infraestructura y equipamiento disponible	<p>Consultorios del servicio</p>
Financiamiento	<p>Recurso humano Ad honorem</p>
Instrumentos utilizados	<p>No tiene</p>

DISPOSITIVO	SISTEMA DE ENTREGA DE ANTICONCEPTIVOS (S.E.A.)
Descripción general	Dispositivo cuya función es la entrega del método anticonceptivo que ya hubiera sido definido previamente con el/la médico/a de cabecera; ya sea en el momento inmediato de la prescripción, o en los momentos subsiguientes de retiro de insumos. Funciona en un espacio diferenciado para tal fin.
Objetivos	<p>Objetivo general: Mejorar la accesibilidad a los métodos anticonceptivos para adolescentes.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Mejorar y unificar los criterios de entrega de anticonceptivos hormonales, de barrera y el registro de las usuarias involucradas.</p> <p>Garantizar y constatar que conozcan el modo de uso, beneficios y efectos adversos de los MAC.</p> <p>Abreviar el tiempo de espera para la búsqueda de MAC.</p> <p>Verificar la realización de los controles ginecológicos y/o de laboratorio en las usuarias de anticonceptivos hormonales.</p>
Destinatarios/as	Usuarias/os del Servicio de Adolescencia que utilizan AC hormonales y/o de barrera.
Servicios que presta/ principales actividades	Entrega de anticonceptivos. Registro en el programa de Salud Reproductiva del GABA. Registro en el servicio.
Frecuencia de realización	Diaria, durante el funcionamiento del ser-



	vicio. Uno/a de los/as médicas del Servicio de Adolescencia realiza esta tarea.
Articulación con otras áreas o servicios	Intraservicio: Consulta ginecológica y obstétrica.
Infraestructura y equipamiento disponible	<ul style="list-style-type: none"> •Un box. •Historia clínica a disposición para consulta.
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> •Insumos y folletería del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. •Fichero que hace las veces de depósito de anticonceptivos.
Instrumentos utilizados	<ul style="list-style-type: none"> •Encuesta de evaluación. •Planilla de registro del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.


ACTIVIDAD	EXTRAHOSPITALARIA: COMUNITARIA, INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL
Descripción general	Se promueven los contactos y proyectos de trabajo interinstitucionales, intersectoriales y con centros de Salud y comunitarios que aborden la temática adolescente
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> •Difundir las actividades del servicio de adolescencia en otras instituciones. •Establecer contactos con los Centros de Salud del área programática del hospital. •Facilitar el acceso de la población adolescente de otros sectores institucionales al servicio de adolescencia. •Brindar asesoramiento y / o capacitación continua a los referentes de las organiza- 


	<p>ciones e instituciones del área.</p>
<p>Principios rectores/ estrategias que guían las acciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Se trabaja para favorecer la relación con otras instituciones del área de la salud y con otros sectores abocados a la temática adolescente. •Se respetan la diferencias y particularidades de cada una de las organizaciones e instituciones con las que articula el servicio. •Existe una Interacción constante con las mismas a fin de poder construir respuestas que favorezcan la salud integral de las y los adolescentes del área. •Se promueve la formación de agentes multiplicadores, adultos y juveniles.
<p>Destinatarios/as</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Las y los profesionales de los Centros de Salud (CESAC) 9, 15 y 41. •Los referentes de las organizaciones e instituciones que trabajan con población adolescente del área (escuelas, centros comunitarios, etc.). •Los referentes de organizaciones y / o instituciones que solicitan asesoramiento y / o capacitación.
<p>Servicios que presta/ principales actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Asesoramiento y / o capacitación continua a los referentes de las organizaciones e instituciones del área para favorecer la salud integral de las y los adolescentes del área. •Recepción de adolescentes a través de mecanismo de referencia y contrarreferencia •Atención de las y los adolescentes de la “Casa del Adolescente”de Barracas •Recepción, asesoramiento y atención de



	las adolescentes embarazadas del programa de alumnas madres
Frecuencia de realización	<ul style="list-style-type: none"> •A demanda de las organizaciones y/o del servicio a fin de dar respuesta a casos complejos, en los que las respuestas deben construirse y/o sostenerse en red con otras organizaciones. •Semanal con los centros de salud que abordan el primer nivel de atención y articulación de los casos de mayor grado de complejidad.
Articulación con otras áreas o servicios	<ul style="list-style-type: none"> •Con otros servicios del hospital •Con el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes •Con las Defensorías zonales
Infraestructura y equipamiento disponible	<ul style="list-style-type: none"> •Espacio físico para reuniones
Financiamiento	Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires.
Instrumentos utilizados	Ficha de referencia y contrarreferencia

DISPOSITIVO	RECEPCIÓN DE PACIENTES
Descripción general	<p>La secretaria es la puerta de entrada al Servicio. La voluntaria que se desempeña en la misma trabaja en la recepción de los pacientes, en el ordenamiento y distribución de historias clínicas, turnos y resultados de laboratorio.</p> <p>Contiene a los/as jóvenes y acompañantes ante la demanda que genera la espera ↗</p>

	en un espacio público.
Objetivos	<p>Contribuir a la satisfacción de la demanda de adolescentes y acompañantes que se acercan al servicio y a la programación de turnos para su atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Organizar la apertura y circulación de las historias clínicas. •Entregar nuevos turnos de pacientes ya atendidos. •Buscar y distribuir historias clínicas en los consultorios correspondientes. •Colocar en cada escritorio profesional una planilla de registro de pacientes atendidos. •Buscar los resultados de los análisis de laboratorio solicitados desde el Servicio y ordenarlos en orden alfabético. •Ordenar en archivo las HC utilizadas durante la jornada.
Principios rectores/ estrategias que guían las acciones	<p>Escuchar la demanda de adolescentes y/o familiares respetuosamente. Actuar como nexo entre paciente y profesional a fin de dar la respuesta oportuna a cada caso.</p> <p>Vehicular/Distribuir de la manera más efectiva y expedita las demandas de atención de los/as usuarios/as.</p>
Destinatarios/as	<ul style="list-style-type: none"> •Las y los adolescentes de 10 a 20 años y 11 meses que consultan al Hospital Argerich •Familiares de adolescentes. •Personal del hospital y representantes de otros servicios hospitalarios que se acercan al Servicio con diferentes demandas. •Profesionales del Servicio que atienden en consultorio. 

	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de turnos del Hospital.
Servicios que presta/ principales actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Encabezamiento y asignación de historias clínicas de pacientes de primera vez. • Búsqueda de historias clínicas de todos/as los/as pacientes en las diferentes modalidades de consultas posteriores. • Entrega de turnos a pacientes que requieran nuevas consultas. • Búsqueda y archivo de resultado de análisis clínicos. • Archivo de las historias clínicas del día. • Entrega de la historia clínica al profesional, junto con los análisis correspondientes. • Colocar planillas administrativas y recetarios en cada consultorio. • Busca materiales en el depósito del Hospital. • Abrir el Servicio por las mañana y permitir el ingreso del personal de limpieza.
Frecuencia de realización	De lunes a viernes de 7 a 13 hs.
Articulación con otras áreas o servicios	<p>Con Laboratorio, en los casos de reclamar análisis demorados.</p> <p>Con Anatomía patológica.</p> <p>Con Estadística.</p> <p>Con Depósito.</p> <p>Con el área de mantenimiento del edificio.</p> <p>Con Enfermería.</p>
Infraestructura y equipamiento disponible	Una oficina equipada con computadora, mueble para archivo de historias clínicas, caja para ordenar los resultados de análisis, estantes para materiales (hojas de historia, sobres, planillas de estadística, etc.)
Financiamiento	FUSA 2000 

3.2. Docencia

El área de docencia incluye la formación de residentes, becarios, rotantes y estudiantes de pre - grado en el marco del servicio, la rotación de graduados, una instancia de “pase” o intercambio profesional diario y un curso de entrenamiento en talleres de sala de espera.

ACTIVIDAD	FORMACION DE RESIDENTES
Descripción general	Las residencias del equipo de salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de postgrado y de especialización a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con la finalidad de formar un recurso humano idóneo en atención integral de adolescentes capaz de desarrollar su tarea en el ámbito intra y extra hospitalario.
Objetivo	Capacitar profesionales médicos/as en la atención de adolescentes con el enfoque de salud integral.
Destinatarios/as	Médicos/as con residencia completa en Pediatría, Medicina General y/o Clínica Médica.
Frecuencia de realización	La residencia se cumple a tiempo completo los cinco días de la semana, sin guardias. La actividad docente es también diaria y la transmisión se organiza a través de clases y el dispositivo de “pase diario”.
Articulación con otras áreas o servicios	Intraservicio: Con todas las aéreas del servicio. Intrahospitalaria: Con otros servicios del hospital a través de las interconsultas. ↗

	Interhospitalaria: Rotación por servicios de Ginecología del Hospital Pirovano, Infectología del Hospital Muñiz y por área de Internación del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
Infraestructura y equipamiento disponible	Biblioteca, computadoras, sala de reunión, equipo necesario para una adecuada asistencia en consultorios.
Financiamiento	Gobierno de la CABA: práctica rentada, contratos bi-anales.


ACTIVIDAD	CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN COORDINACIÓN DE TALLERES SOBRE SALUD, SEXUALIDAD, GÉNERO Y DERECHOS, DESDE TALLERES DE SALA DE ESPERA.
Descripción general	Se trata de un curso de capacitación teórico-práctico, de 60 horas, para profesionales de la salud, donde se brindan las herramientas necesarias para realizar talleres en espacios no convencionales, sobre promoción de la salud, sexualidad, género y derechos.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir una modalidad de promoción de salud en espacios de circulación del ámbito público. • Incorporar nuevos talleristas capacitados en la modalidad de trabajo del servicio a la actividad de sala de espera. • Capacitar profesionales de la salud y/o educación en técnicas y contenidos, para realizar actividades de promoción de salud en otros ámbitos.




Destinatarios/as	Integrantes de equipos de salud. Integrantes equipos de educación. Profesionales o estudiantes avanzados de grado en carreras afines a la salud.
Servicios que presta/ principales actividades	<ul style="list-style-type: none"> •Capacitación en una modalidad específica de trabajo en promoción de salud. •Observación, coordinación acompañada y coordinación de talleres sobre promoción de la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva, en la sala de espera. •Evaluación con presentación de una monografía final.
Frecuencia de realización	Un curso anual de 4 meses y medio de duración. El curso consta de un encuentro teórico semanal de 2 horas y una actividad práctica semanal.
Articulación con otras áreas o servicio	<ul style="list-style-type: none"> •Articulación con la secretaría de extensión universitaria Facultad de Psicología. UBA (años 2005/2006). •Con comité de docencia e investigación del hospital. •Participación docente de los/as profesionales del servicio. •Participación docente de profesionales de otras áreas del Gobierno de la Ciudad o del Gobierno Nacional.
Infraestructura y equipamiento disponible	<ul style="list-style-type: none"> •Consultorio que se usa como aula. •Computadora para fines docentes, disponible en el servicio. •Mobiliario existente en el servicio.



Financiamiento	Curso gratuito, sostenido por participación ad honorem de los docentes.
-----------------------	---

ACTIVIDAD	CAPACITACIÓN DE ROTANTES GRADUADOS
Descripción general	Actividad de capacitación en servicio dirigido a profesionales de la salud en el abordaje de la atención integral de adolescentes. El mismo consiste en la rotación por el servicio durante lapsos variables de acuerdo a los requerimientos.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> •Capacitar profesionales de la salud en el abordaje de la problemática adolescente desde el enfoque de salud integral. •Entrenar en habilidades para el trabajo interdisciplinario e intersectorial.
Destinatarios/as	Profesionales de la salud interesados en la temática adolescente: <ul style="list-style-type: none"> •del mismo hospital. •de otros hospitales. •de distintas universidades (por ejemplo, UBA, Maimónides), del interior del país y de otros países (por ejemplo, Colombia, Portugal, EEUU, Brasil y Venezuela).
Servicios que presta/ principales actividades	<ul style="list-style-type: none"> •Co-participación en las consultas médicas de los profesionales del servicio. •Actividad presencial en los pases diarios. •Actualización bibliográfica. •Observación de los talleres de sala de espera.
Frecuencia de realización	A solicitud de los graduados que solicitan 

	la pasantía y en acuerdo con la jefatura del servicio.
Articulación con otras áreas o servicios	Con todas las áreas del servicio.
Infraestructura y equipamiento disponible	Instrumental, Biblioteca, Internet.
Financiamiento	Gobierno de la CABA

DISPOSITIVO	"PASE" DIARIO
Descripción general	Es un espacio de intercambio profesional y de discusión clínica para la toma de decisiones sobre atención, planteos diagnósticos y de tratamiento. Se realiza en un espacio compartido por todos/as los/as miembros del equipo luego de las consultas. Se exponen las historias clínicas de pacientes que por su complejidad u oportunidad de aprendizaje se consideran de importancia central para que sean socializadas con todo el equipo.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> •Promover el aprendizaje crítico en el momento de replanteos diagnósticos y terapéuticos de los/las pacientes. •Acompañar al clínico/a responsable en la toma de decisiones sobre casos complejos. •Realizar un seguimiento en equipo de aquellos/as pacientes en situación de riesgo. •Aportar a la conformación de equipo de 

	<p>profesionales entre los/as profesionales que asisten al servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Actualizar debates científicos. •Contener emocionalmente a los/as profesionales ante casos de difícil abordaje.
Destinatarios/as	Integrantes del equipo del servicio: médicos/as clínicos/as, de planta y residentes, médicas ginecólogas, psicóloga, nutricionista, alumnos/as de pregrado y concurrentes temporarios.
Servicios que presta/ principales actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soporte al profesional tratante sobre la práctica. 2. Actualización bibliográfica. 3. Contención emocional a los/as profesionales ante casos de difícil abordaje.
Frecuencia de realización	Diaria, al finalizar las actividades matutinas.
Articulación con otras áreas o servicios	Se articula con todas las áreas del servicio en el mismo encuentro de trabajo diario.
Infraestructura y equipamiento disponible	Sala de reunión.
Financiamiento	Gobierno de la CABA.
Instrumentos utilizados	Libro para el registro de los casos clínicos y opiniones sobre los mismos.

ACTIVIDAD	FORMACIÓN DE ALUMNOS PRE GRADO
Descripción general	Consiste en la rotación de los/as alumnos/as de pediatría 1 y 2 y del internado rotato- ↗

	<p>rio de la Unidad Hospitalaria Argerich (Facultad de Medicina – UBA), por el servicio de adolescencia, para realizar actividades prácticas. Los/as alumnos/as cuentan con la asistencia de un profesional del equipo y con el apoyo de clases teóricas.</p>
Objetivo	<p>Transmitir, desde la práctica, caracterizaciones de los estados de salud-enfermedad propios del desarrollo bio-psico-social de los/as adolescentes así como el modelo de atención integral e interdisciplinaria.</p>
Destinatarios/as	<p>Alumnos del 5º y 6º año de la carrera de Medicina de la UBA. Alumnos del internado rotatorio de la carrera de Medicina de la UBA.</p>
Servicios que presta/ principales actividades	<ul style="list-style-type: none"> •Clases teóricas sobre crecimiento y desarrollo. •Clases teóricas sobre las patologías bio-psico-sociales más frecuentes en la adolescencia. •Actividad práctica en los consultorios de atención clínica y ginecológica, junto a un profesional experimentado.
Frecuencia de realización	<p>Rotaciones de 3 semanas con asistencia diaria entre las 8 y las 10 hs.</p>
Articulación con otras áreas o servicios	<p>Con el resto de los docentes de la Unidad Hospitalaria Argerich de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.</p>
Infraestructura y equipamiento disponible	<p>6 consultorios (incluido el de ginecología) y sala de reunión del equipo.</p>



	Infraestructura hospitalaria con el equipamiento correspondiente. 6 camillas, 5 balanzas, 1 balanza electrónica, 3 negatoscopios, 6 tensiómetros de pared, 2 otoscopios, 1 pediómetro de pared, 2 orquidómetros, 1 fotóforo.
Financiamiento	Los/as médicos/as de planta, pagos por el Gobierno de la Ciudad, dedican horas de su trabajo a la actividad.

3.3. Investigación

El área de investigación reúne las investigaciones realizadas en el servicio por algunos profesionales del equipo. Como puede constatarse en la historia de trabajo, se destaca la labor de pesquisa realizada especialmente por el área referida a la salud sexual y reproductiva.

A continuación se describen los objetivos, los temas de investigación y áreas del servicio involucradas, la articulación de resultados y procesos con otras áreas y servicios así como los organismos financiadores cooperantes.

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> •Describir y analizar nuevos patrones de comportamiento de los y las adolescentes referidos a los procesos de salud-enfermedad-atención. •Explorar nuevos dispositivos de abordaje adecuados a las demandas de la población usuaria.
Grandes temas de investigación	<p>Salud y derechos sexuales y reproductivos:</p> <p>1. Embarazo adolescente</p> <p><i>"Investigación sobre los aspectos bio-psico-sociales".</i> Investigadoras pertenecientes al</p>



área clínica y gineco - obstétrica del Servicio de Adolescencia, Sandra Vazquez y Nilda Calandra y otros.

“Prevención del segundo embarazo no buscado en la adolescencia”. Beca investigación-acción Carrillo-Oñativia. Becaria del área gineco- obstétrica del Servicio de Adolescencia (Sandra Vázquez).

2. Coerción sexual

“Iniciación Sexual Bajo Coerción”. Centro de estudios de población-CENEP y Área ginecológica del servicio de adolescencia, Sandra Vázquez, Nilda Calandra.

3. Aborto medicamentoso

“Riesgos en Salud Reproductiva. Uso indebido de misoprostol en Adolescentes Embarazadas”. Beca de investigación Carrillo-Oñativia. Becaria del área gineco-obstétrica del servicio de adolescencia, Sandra Vázquez.

4. Promoción de salud sexual y reproductiva

Monitoreo y Evaluación de la repercusión de talleres sobre salud reproductiva en la sala de espera de un hospital público. Beca de investigación Carrillo-Oñativia. Becario del equipo interdisciplinario de talleres del servicio de adolescencia, Fernando Zingman.

5. Nutrición

“Impacto del estado nutricional de la embarazada adolescente al comienzo de la gestación, en la salud de la adolescente, del



	<p><i>recién nacido y perinatal</i>". Beca de Investigación Carrillo-Oñativia. Becaria del área Nutrición del servicio de adolescencia, Irina Kovalsky.</p>
<p>Articulación de resultados y procesos con otras áreas o servicios</p>	<p>Los diferentes proyectos e investigaciones llevados a cabo a lo largo de los años han favorecido la interdisciplina y la intersectorialidad ya que se ha trabajado conjuntamente con:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Instituciones académicas destacadas (Centro de Estudios de Población –CENEP). •Organismos gubernamentales (Ministerio de Salud de la Nación). <p>Con todos ellos se han analizado y evaluado los resultados de las intervenciones y muchas de estos resultados se han compartido con otras áreas o servicios del hospital y de otros hospitales.</p>
<p>Financiamiento</p>	<p>Becas de investigación Carrillo-Oñativia. Ministerio de Salud y Ambiente. Donante: Andrew W. Mellon Foundation Universidad de Maryland (USA).</p>



4. Logros

Area Asistencial

En relación al área asistencial del servicio de adolescencia, se registran logros en relación a la población atendida, a la institución, al servicio en sí mismo y al contexto en el cual éste se inserta. Antes de enumerarlos, se consignan logros generales del área asistencial vinculados a la satisfacción de usuarias/os con la atención provista. Un indicador de la satisfacción con la atención recibida se constata en un creciente número de consultantes y en la mejora significativa de la adherencia a los tratamientos. Sobre este último punto, se señala como factor clave la atención de un mismo profesional por usuario/a, lo que redundará en la consolidación de un vínculo de confianza de los y las adolescentes con los profesionales. Por último, la posibilidad de abordar los determinantes socioculturales del proceso salud-enfermedad-atención se ha remarcado como un factor nodal para lograr la integralidad de la atención.

En cuanto a la población:

- Transformación de tiempos y espacios “inertes” del sistema de salud en una posibilidad de participación de los/as adolescentes y puerta de entrada simbólica al servicio. Este es el caso de las largas esperas que el sistema impone a usuarios/as. Para ello, el servicio desarrolla con éxito talleres de sala de espera, un espacio y un tiempo de participación activa de los/as adolescentes consultantes en el que se abordan con especial énfasis sus inquietudes vinculadas a la salud sexual y reproductiva así como determinantes sociales claves en el ejercicio de la sexualidad, como son los estereotipos de género. Asimismo, el equipo de salud constata que este dispositivo de construcción colectiva del conocimiento permite ampliar los motivos de consulta.
- Inclusión de los adultos acompañantes en alguna instancia del proceso de atención, como las actividades de sala de espera, sin violar la confidencialidad de las consultas realizadas por adolescentes.
- Incorporación de los varones en las consultas gineco-obstétricas.

cas de las adolescentes.

- Desmitificación de la consulta ginecológica como traumática y exclusivamente destinada a mujeres “sexualmente activas”.
- Diseño de un servicio especial para la consulta obstétrica de las adolescentes embarazadas. A diferencia de lo que sucedía hasta el año 2004, momento en el que debían dirigirse al servicio de obstetricia para mujeres adultas, se logró habilitar un servicio especialmente diseñado para ese momento del ciclo vital de las mujeres.
- Mejora en la accesibilidad de métodos anticonceptivos mediante el Sistema de Entrega de Anticonceptivos (SEA) que redundó en un aumento en la distribución de insumos, en una mejora del sistema de seguimiento de las/os usuarias/os del servicio y, consecuentemente, una creciente adherencia.
- Disminución en las complicaciones infecciosas por abortos y, consecuentemente, en el número de internaciones por esa causa a partir de la puesta en marcha de una consejería especialmente destinada a mujeres con intención de interrumpir su embarazo y el seguimiento de las mujeres que recurrieron al aborto medicamentoso.

En cuanto a la institución o el servicio:

- Constitución de una imagen pública como servicio “amigable” modelo, lo que favorece la consulta de mayor cantidad de adolescentes. Esa imagen fue construida en base a la satisfacción de las y los usuarias/os, la aparición en medios de difusión como periódicos, el reconocimiento de otras instituciones de salud y al interior del mismo hospital.
- Conformación de un equipo estable en el tiempo, lo que favorece la continuidad de las prácticas y del funcionamiento del servicio. La interdisciplina de dicho equipo favoreció la integralidad de las prestaciones.
- Incorporación de ginecólogas y psicólogas en el servicio a pesar de las trabas institucionales para hacerlo.

- Sistematización y unificación de criterios en la provisión de métodos anticonceptivos.

En cuanto al contexto:

- Identificación del servicio como amigable en medios masivos de difusión, lo que favorece la discusión pública sobre prestaciones de salud respetuosas de los derechos de las y los adolescentes. Ejemplo de ello es la difusión de una experiencia innovadora en el ámbito nacional -donde se encuentra penalizado el aborto y constituye un problema de salud pública al ser la primera causa de muerte materna- como lo fue el dispositivo de consejerías pre y pos aborto.

Área de docencia y formación

En cuanto a la población:

- El “pase” diario ha mejorado las intervenciones clínicas tras complejizar las miradas y abordajes sobre determinados casos clínicos entre los profesionales del servicio.
- La rotación de residentes así como la capacitación de estudiantes de pregrado permite transferir a nuevas generaciones de profesionales el modelo de atención integral de adolescentes desde la perspectiva de derechos humanos.

En cuanto a la institución o el servicio:

- Creación de una residencia específica en adolescencia desde el año 2005.
- Crecientes requerimientos de formación por parte de profesionales de la salud.

Area de investigacion

En cuanto a la población:



Las investigaciones permitieron caracterizar mejor la población del área programática del hospital, así como la población usuaria del servicio.

- Detectaron el creciente uso del misoprostol para interrumpir embarazos en la adolescencia así como la disminución de morbilidad por gestación que genera el aborto farmacológico.
- Se encontraron indicios sobre la repercusión de los talleres en sala de espera en adolescentes y su círculo primario, redundando en la circulación de información sobre salud y en la mayor adherencia al servicio.

En cuanto a la institución o el servicio::

- Los resultados y logros de las investigaciones han contribuido a que el servicio fuese invitado a participar en el concurso de Gestión de Calidad en Salud y lo obtuviera en el año 2006.
- Los integrantes del servicio son consultados con frecuencia por los distintos medios de comunicación.
- Se difundieron hacia el interior del hospital y hacia la comunidad aspectos del trabajo con adolescentes propios de nuestro accionar, convirtiendo al servicio en un centro de referencia.
- Los resultados de las investigaciones permitieron definir el modo de abordaje de la temática del aborto en la adolescencia y favorecieron la atención del área nutricional de las embarazadas.

5. Obstáculos y estrategias

En este apartado se consignan los obstáculos detectados sobre los que se han diseñado estrategias de resolución o neutralización. Todos aquellos que no han podido canalizarse aún para suprimirse se consignan en el punto 7 en carácter de desafíos aún vigentes.

Area Asistencial

En cuanto a la población:

Obstáculos	Estrategias de resolución	Estrategias de neutralización
Los talleres de sala de espera perdían gradualmente asistentes a medida que ellos/as entraban en la consulta médica.		Iniciar los talleres más temprano (antes del inicio de la atención clínica).
Los pacientes en situación de riesgo social dejaban de concurrir al servicio.		Implementar una ficha de riesgo que permitió facilitar el seguimiento de los casos mencionados.
Consultas tardías de mujeres en situación de pos aborto por temor a la denuncia o sentimiento de culpa.		Difundir la importancia de las consejerías pre y pos aborto entre las usuarias, en espacios de discusión científica y en acciones jurisdiccionales y nacionales de sensibilización con



		efectores de salud realizadas por los Ministerios de Salud.
Escasa utilización del servicio de salud por parte de adolescentes varones		

En cuanto a la institución o el servicio:

Obstáculos	Estrategias de resolución	Estrategias de neutralización
La técnica de taller resultaba difícil por las interferencias de ruidos en la sala de espera..	Buscar activamente donantes para profundizar las mejoras en la infraestructura del espacio de sala de espera.	Adecuación de las técnicas utilizadas para sortear el obstáculo.
La falta de coordinación con la sala de internación de obstetricia genera un seguimiento deficiente de las pacientes embarazadas y puérperas.	Reuniones periódicas con los responsables de sala de internación de obstetricia para coordinar las acciones conjuntas.	
La sobrecarga del servicio de ginecología por la creciente demanda de atención conllevaba una entrega inadecuada	Diseño del Sistema de Entrega de Anticonceptivos para agilizar la entrega de dichos insumos.	



en tiempo de los métodos anticonceptivos.

En cuanto al contexto:

Obstáculos	Estrategias de resolución	Estrategias de neutralización
Cambios en los contextos político institucionales repercuten en la posibilidad de favorecer o no la promoción de la salud sexual y reproductiva		Abordar la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de derechos humanos y con fuerte énfasis en la noción de reducción de riesgos y daños.
Medios masivos de comunicación promueven modelos de mujeres y varones que atentan contra su salud.		Trabajar desde los determinantes sociales de la salud cuestionando los cánones de belleza que se traducen, por ejemplo, en cuerpos muy delgados.
Ausencia de un marco regulatorio nacional o jurisdiccional que autorice la consejería pre y pos aborto.		Difundir la importancia de las consejerías pre y pos aborto en espacios de discusión científica y en acciones jurisdiccionales y nacionales de sensibilización con efectores de salud realizadas por los Ministerios de Salud.

Area de Docencia y Formación

En cuanto a la institución o el servicio:

Obstáculos	Estrategias de resolución	Estrategias de neutralización
Por falta de tiempo, no todos los casos seleccionados pueden ser revisados en el dispositivo de pase diario.	Establecer criterios de presentación abreviada de los casos.	
El plan de formación de residentes es de dos años y resulta un tiempo escaso para el propósito de esa actividad educativa.		Peticionar a las autoridades del Ministerio de Salud de la jurisdicción para ampliar la carga horaria de la formación de residentes.



6. Lecciones aprendidas

- Conocer el marco legal vigente permite a los profesionales de la salud sentirse amparados para poder realizar prácticas que garantizan los derechos de las y los adolescentes. Erróneamente, tanto profesionales como usuarios consideran que si se proveen servicios de salud a adolescentes sin la presencia de los padres o tutores durante la consulta se está actuando fuera de las normas y pueden generarse demandas a los profesionales. Este criterio muestra un desconocimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes, así como el desconocimiento e incumplimiento de los derechos de los y las adolescentes, lo cual puede llevar al profesional a incurrir en abandono de persona.



Unificar los criterios de atención entre las distintas especialidades, socializar los casos de alta complejidad así como participar en investigaciones y en espacios de intercambio académico permite mejorar la calificación del equipo de trabajo y, consecuentemente, la calidad del servicio.

- La circulación horizontal de saberes, como ocurre en los talleres de sala de espera, permite que los/as usuarios/as expresen mejor su motivo de consulta y se sientan alojados en la propuesta de salud construida por el servicio. En este sentido, los profesionales reconocen los efectos beneficiosos del taller en la consulta médica.
- La integralidad en la atención debe ser concebida en diferentes niveles: a nivel de los sistemas o las organizaciones, entre las distintas áreas a nivel intraservicio, con otros servicios e instituciones sociales, y a nivel del individuo en la inclusión de aspectos sociofamiliares a la consulta clínica tales como su pertenencia a distintas instituciones de contención social, como ser la familia, la escuela, los clubes, las organizaciones barriales, entre otras.
- La consolidación de un equipo estable de trabajo no sólo promueve el sentimiento de pertenencia de los profesionales al

7. Desafíos

Desafíos del servicio



En el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich se identifican desafíos y metas futuras de diferente orden. Se identifica la necesidad de ampliar la mirada heteronormativa, tomando en consideración las múltiples formas de vivir la sexualidad de las personas. Asimismo se identifica la importancia de incorporar en profundidad la perspectiva de género en los distintos niveles de intervención del servicio.

Reviste un interés central la actualización profesional en enfoques vinculados a las adolescencias y juventudes en plural; es decir, a las distintas maneras de expresión, las diversas identidades y formas de vida que adoptan en la actualidad los y las adolescentes.

En segundo lugar, refieren la necesidad de profundizar en el ordenamiento de procesos organizativos del servicio así como la estandarización de criterios de provisión de algunos servicios.

En tercer lugar, se ubican necesidades de financiamiento que permitan continuar enriqueciendo el Área de Investigaciones así como el desarrollo de mejores y/o nuevos dispositivos de atención de la población. En relación a este punto, también se señala la necesidad de establecer sistemas de reconocimiento económico y no sólo simbólico a todos aquellos integrantes del equipo que colaboran ad honorem (talleristas, obstetra, administrativa, entre otros). Asimismo, se detecta la necesidad de contar con, al menos, una enfermera y una psicóloga con nombramiento institucional para el trabajo con usuarios/as del Servicio de Adolescencia.

Desafíos referidos al sistema

La demanda cuantitativa de la población usuaria es mayor a las posibilidades de atención del servicio en lo referido a la infraestructura y cantidad de personal. Ello no sólo se debe a la pauperización creciente de la población de la Ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires,

sino también a la calidad y especificidad de ciertas prestaciones brindadas por el servicio. Ejemplo de esto es la cantidad de derivaciones que otros efectores realizan a este servicio para las consejerías pre y pos aborto, alcanzándose un límite en la capacidad de respuesta. Asimismo, la sobresaturación de las tareas de los/as profesionales del servicio redundando en la dificultad de usuarios/as para obtener turnos para la atención así como en la dificultad de los profesionales de llevar adelante investigaciones así como conceptualizar acerca de la práctica.

La calidad de atención del Servicio de Adolescencia y el tratarse de un servicio visualizado como amigable por los y las adolescentes dificulta lograr que los mayores de 21 años accedan a realizar sus consultas en servicios para adultas/os.



8. Anexos Instrumentos de registro del servicio

8.1. Historia Clínica

Se utiliza la Historia Clínica propuesta por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP OPS/OMS):

Sistema informatico del adolescente

Anverso

CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE		ESTABLECIMIENTO		H.C. Nº																			
APELLIDO Y NOMBRE _____					FECHA DE NACIMIENTO																		
DOMICILIO _____					<input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año																		
LOCALIDAD _____ Código: _____			TEL: _____		domicilio <input type="checkbox"/>																		
LUGAR DE NACIMIENTO _____			ESCUELA _____		SEXO <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>																		
CONSULTA PRINCIPAL Nº _____		EDAD años meses		ACOMPÑANTE		ESTADO CIVIL																	
FECHA <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año		<input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses		solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amiga/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>																	
Motivos de consulta según adolescente:				Motivos de consulta según acompañante:																			
1 _____		1 _____		1 _____		1 _____																	
2 _____		2 _____		2 _____		2 _____																	
3 _____		3 _____		3 _____		3 _____																	
Observaciones relevantes																							
ANTECEDENTES PERSONALES		VACUNAS COMPLETAS		ENFERMEDADES CRONICAS		ENFERMEDADES INFECCIO CONTAGIOSAS		ACCIDENTES INTOXICACION		CIRUGIA HOSPITALIZAC		USO DE MEDICINA O SUSTANCIAS		TRASTORNOS PSICOLOGICOS		MALTRATO		JUDICIALES		OTROS			
PERINATALES normales <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> CRECIMIENTO normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> DESARROLLO normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Observaciones																							
ANTECEDENTES FAMILIARES		CARDIOVASC. (HTA, cardiopatía, etc.)		ALERGIA		INFECCIONES (TBC, VIH, etc.)		TRASTORNOS PSICOLOGICOS		ALCOHOL DROGAS		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		MADRE ADOLESC.		JUDICIALES		OTROS					
DIABETES <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> OBESIDAD <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Observaciones																							
FAMILIA		NIVEL DE INSTRUCCION				DIAGRAMA FAMILIAR						VIVIENDA											
CONVIVE CON <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Padre o sustituto <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Madre o sustituto <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		analfebeto <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> prim. incom. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> primario <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> secund. Altorico <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> univ./terciario <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Padre o sustituto <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Madre o sustituto <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>						ninguno <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>						ENERGIA ELECTRICA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> en el hogar: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> fuera del hogar: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> AGUA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> EXCRETAS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NUMERO DE CUARTOS <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Observaciones					
VIVE <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> en instituc. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> COMPARTI LA CAMA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		OCUPACION: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay rasón <input type="checkbox"/>				Observaciones						Observaciones											

Reverso

EDUCACION		NIVEL No escolariz. <input type="checkbox"/>	GRADO CURSO	AÑOS APROBADOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	AÑOS REPETIDOS	DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN Causa <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	EDUCACION NO FORMAL Cul? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
ESTUDIA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Prim. <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>							
Observaciones									
TRABAJO	ACTIVIDAD	EDAD INICIO TRABAJO	TRABAJO	HORARIO DE TRABAJO	RAZÓN DE TRABAJO	TRABAJO LEGALIZADO	TRABAJO INSALUBRE	TIPO DE TRABAJO	
<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca 1° vez <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desocupado		años	horas por semana	mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c	<input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c		
Observaciones									
VIDA SOCIAL	ACEPTACION	NOV/OIA	ACTIVIDAD GRUPAL	DEPORTE	OTRAS ACTIVIDADES				
	aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> AMIGOS <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	horas por semana <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> horas por día	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuales?				
Observaciones									
HABITOS	ALIMENTACION ADECUADA	COMIDAS POR DIA	COMIDAS POR DIA CON FAMILIA	TABACO	EDAD INICIO TABACO	ALCOHOL	EDAD INICIO ALCOHOL	OTRO TOXICO	CONDUCE VEHICULO
SUEÑO NORMAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> cigarrillos por día	años	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> equivalente a litros de cerveza por semana	años	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Frecuencia y tipo	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cul? <input type="checkbox"/>
Observaciones									
GINECO-UROLOGICO	FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION	CICLOS REGULARES	DISMENORREA	FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA	ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	EMBARAZOS	HUIOS	ABORTOS	
MENARCA/ESPERMARCA años meses	No conoce <input type="checkbox"/> no corresp. <input type="checkbox"/> día mes año	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cul? _____	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Observaciones									
SEXUALIDAD	RELACIONES SEXUALES	PAREJA	EDAD INICIO REL. SEX.	PROBLEMAS EN REL. SEX.	ANTICONCEPCION	CONDON	ABUSO SEXUAL		
NECESITA INFORMACION <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	hetero/homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	años	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c	siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c	siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Observaciones									
SITUACION PSICOEMOCIONAL	IMAGEN CORPORAL	AUTO PERCEPCION	REFERENTE ADULTO	PROYECTOS DE VIDA					
	conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> impide relación con demás	triste <input type="checkbox"/> nervioso <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> muy tímido <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>	padre <input type="checkbox"/> otro fam. <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/>	claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/>					
Observaciones									
EXAMEN FISICO	PESO (Kg)	Centil peso/edad	PIEL Y FANERAS	CABEZA	AGUDEZA VISUAL	AGUDEZA AUDITIVA	BOCA Y DIENTES	CUELLO Y TIROIDES	
ASPECTO GENERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TALLA (mm)	Centil talla/edad	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
TORAX Y MAMAS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CARDIO-PULMONAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PRESION ARTERIAL FRECUENCIA CARDIACA latidos/min	ABDOMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	GENITO-URINARIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TANNER mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>	VOLUMEN TESTICULAR Der. <input type="checkbox"/> cm ³ Izq. <input type="checkbox"/>	COLUMNA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
Observaciones									
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL									
INDICACIONES E INTERCONSULTAS									
Responsable								Fecha próxima visita	
								día mes año	

Este color significa ALERTA

C. personal

Historia clínica de seguimiento



Hospital Argerich. Servicio de Adolescencia

Historia Clínica de seguimiento

Nombre:.....

DNI / F. Nac.....

Fecha: _____ Edad: _____ MC: _____

EA: _____

Intercurrencias y Cambios: _____

Vacunas: completas documentadas si/no _____

Alimentación: _____

Habitos: Sueño: _____

Diuresis y catarsis: _____

Deporte/Act. Fisica/ T libre: _____

Toxicos: _____

Escolaridad y trabajo: _____

Sexualidad: RS _____ Pareja _____ MAC _____

Ginecologico: FUM _____ RM _____ Dismenorrea _____ C.Gineco si /no _____

Psicoemocional: _____

Familia/convivientes: cambios si/ no _____

EF (datos (+)) P _____ T _____ BMI _____ TA _____ / _____

Imp Dx: _____

Conducta _____

Fecha: _____ Edad: _____ MC: _____

EA: _____

Intercurrencias y Cambios: _____

Vacunas: completas documentadas si/no _____

Alimentación: _____

Habitos: Sueño: _____

Diuresis y catarsis: _____

Deporte/Act. Fisica/ T libre: _____

Toxicos: _____

Escolaridad y trabajo: _____

Sexualidad: RS _____ Pareja _____ MAC _____

Ginecologico: FUM _____ RM _____ Dismenorrea _____ C.Gineco si /no _____

Psicoemocional: _____

Familia/convivientes: cambios si/ no _____

EF (datos (+)) P _____ T _____ BMI _____ TA _____ / _____

Imp Dx: _____

Conducta _____

Imprenta de la Ciudad

Historia ginecológica

Anverso

GINECOLOGIA	
APellido y nombre: _____	FECHA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____
DERIVADA POR: _____	
DOMICILIO: _____	LOG.: _____ TEL.: _____ OTRO: _____
MOTIVO DE CONSULTA: _____	
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS	
MENARCA: _____ FUM: _____	CICLO HABITUAL: _____ CICLO ACTUAL: _____
EDAD INICIO RS.: _____	ALGOMENORREA: _____ TPM: _____
Nº DE PAREJAS SEX: _____	PAREJA ACTUAL: _____
FREC. RS: _____	ABORTOS: _____
EMBARAZOS: _____	
PARTOS: _____	
ANTICONCEPTIVOS:	
PROFILACTICO	<input type="checkbox"/> _____
COITO INTERRUPTUS	<input type="checkbox"/> _____
PASTILLAS	<input type="checkbox"/> _____
DIU	<input type="checkbox"/> _____
OTROS	<input type="checkbox"/> _____
EX. FISICO: _____	
ABDOMEN: _____	
EX. MAMARIO: _____	
GALACTORREA: _____	
TRICOSIS: _____	EX. TIROIDEO: _____
EX. GINECOLOGICO:	
G.E.: _____	
TACTO: _____	
ESPECULOSCOPIA: _____	
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	
Tº BASAL: _____	

8.3 Registro de actividades en sala de espera

Planilla de registro diario de actividad

HOSPITAL COSME ARGERICH SERVICIO DE ADOLESCENCIA	
REGISTRO DE TALLERES	
DIA Y FECHA:	
COORDINADORAS:	
CANTIDAD DE PARTICIPANTES	
MUJERES ADOLESCENTES	MUJERES ADULTAS
VARONES ADOLESCENTES	VARONES ADULTOS
DISPOSITIVO UTILIZADO:	
CONTENIDOS TRATADOS:	
COMENTARIOS:	

Encuesta: Encuesta de cierre del Taller en Sala de Espera

ENCUESTA
SERVICIO DE ADOLESCENCIA

F E C H A E D A D

SEXO.....

¿ACTUALMENTE VAS A LA ESCUELA? (marcá con una x)

SI.....NO.....

¿ESTUVISTE ANTES EN ALGUNO DE ESTOS TALLERES?

SI.....NO.....

TE PEDIMOS QUE POR FAVOR COMPLETE LAS SIGUIENTES FRASES:

Entre las cosas que se dijeron lo que más me gustó fue:

.....
.....
.....
.....

Las cosas que se hablaron me hicieron sentir molesto/a por:

.....
.....
.....
.....

De todo lo que se dijo yo no sabía que:.....

.....
.....
.....
.....

Algunas de estas cosas me gustaría comentarlas con:

.....
.....
.....
.....

¿Qué temas proponés para otros talleres?:

.....
.....
.....

Gracias por tu colaboración

9. Bibliografía

ACOSTA VARGAS, G. (2003) *La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño: hacia la ciudadanía plena para niños, adolescentes y mujeres*, en AA.VV. a cargo de E. Faur y A. Lamas, *Derechos universales, realidades particulares. Reflexiones y herramientas para la concreción de los derechos humanos de niños, niñas y mujeres*, Buenos Aires: UNICEF.

BELLOF, M. (2004) *Un modelo para armar –y otro para desarmar. Protección integral de derechos vs. Derecho en situación irregular, en Los derechos del niño en el sistema interamericano*, Buenos Aires: Del Puerto.

NIERENBERG, O., BRAWERMAN, J y RUIZ, V (2000) *Evaluar para la transformación*. Buenos Aires: Paidós.

IPPF/RHO/ REGION HEMISFERIO OCCIDENTAL (2008) *Aborto legal: Regulaciones sanitarias comparadas. Análisis de América Latina y algunos países de Europa y África*. En versión digital: <http://www.IPPF/RHOwhr.org/es/node/375>. Última consulta febrero de 2009.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2005) *Youth: Choices and Change. Promoting healthy behaviours in adolescents*. Washington D.C.: PAHO, NORAD, Sida.

PETRACCHI M PECHENY M (2007) *Argentina. Derechos Humanos y Sexualidades*. Buenos Aires CEDES.

SEGUNDA PARTE

Principios, reflexiones conceptuales y prácticas innovadoras

Coordinación: Dra. Nilda Calandra,
Dr. Fernando Zingman y Dra. Ana Corral



Principios, reflexiones conceptuales y prácticas innovadoras

Introducción

La segunda parte de este documento tiene como propósito desarrollar algunos principios surgidos de la reflexión conjunta del equipo sobre las prácticas de salud. Nos referiremos a conceptos acerca de temas puntuales como: la autonomía, la confidencialidad y el secreto médico en cuanto a principios rectores de nuestras intervenciones con adolescentes; los aspectos centrales del modelo de atención como la integralidad y las consideraciones sobre la definición de un servicio amigable.

Desarrollaremos en profundidad dos dispositivos que consideramos innovadores en nuestro servicio, como son el asesoramiento en salud reproductiva y la modalidad de talleres en sala de espera.



I Reflexiones sobre principios éticos que estructuran las prácticas

I a- Principio de autonomía

El principio de respeto por la autonomía es uno de los principios de la bioética. Implica el reconocimiento -y por ende la práctica- de que cada individuo es dueño de sus propias acciones y decisiones¹. Hay ciertos requisitos que deben ser satisfechos para hablar de autonomía (Luna-Salles, 1995):

- En primer lugar, una acción autónoma no debe ser forzada, es decir que la persona debe decidir por sí misma qué hacer.
- En segundo lugar, implica también la posesión de opciones reales para poder decidir; es decir, tener pleno conocimiento de las mismas.
- Por último, para que una persona tome una decisión de manera autónoma, es imprescindible que posea toda la información necesaria para que esa acción sea efectivamente autónoma.

El respeto de la autonomía implica, por lo tanto, una obligación negativa de no interferir y la obligación positiva de generar condiciones que promuevan las decisiones autónomas, brindando información completa, clara, oportuna y veraz (Causal Salud-2008).

En palabras de Beauchamps (1979-citado en: Causal Salud): “El principio de la autonomía puede entonces formularse negativamente como un impedimento de controlar o limitar las acciones de otros, y positivamente, como una obligación de ofrecer información y favorecer las decisiones autónomas”.

Autonomía y salud: Dentro del concepto de salud integral, el desarrollo de la autonomía es parte constitutiva fundamental de la construcción de la salud que lleva a cabo cada persona. En el trabajo con adolescentes, la autonomía es no solo un principio ético a cuidar sino también a promover y fomentar, ya que se trata, aunque redundemos en el con-

1- Es decir, “que todo individuo que satisface ciertas características, debe ser tratado como un agente autónomo, y respetado de manera acorde y aquellos cuya autonomía se ve reducida (niños, personas disminuidas) deben ser protegidos”. Luna F.; Salles A. “Decisiones de Vida o Muerte” Ed. Sudamericana. Bs. As. 1995

cepto, de un componente fundamental de la salud de las personas.

Por otro lado, como dicen Luna y Salles (1995), existe una forma tradicional de ejercer la medicina que pone el principio de beneficencia por sobre la autonomía del paciente, lo cual produce muchas veces un exagerado paternalismo médico.

Estos conceptos pautan y organizan la posición desde la cual tratamos de ofertar la práctica en el Servicio de Adolescencia. Por una parte, tenemos la obligación de brindar al paciente, en nuestro caso los y las adolescentes, todos los elementos a nuestro alcance para que pueda decidir con autonomía, tanto en lo que hace a la dolencia que lo lleva a la consulta como en el fortalecimiento de la toma de decisiones en su vida cotidiana. Por otra parte, debemos abstenernos de ejercer el poder médico hegemónico, implícito en nuestra formación profesional así como en la matriz cultural de las personas usuarias, que se pone en juego en cada encuentro con el sistema de salud. Esta abstención de poder deja espacio al “otro” en tanto individuo, reconoce una igualdad entre personas que facilita la toma de decisiones informadas. La relación con el sistema deja de ser de “autoridad” para pasar a ser de acompañamiento y asistencia.



En nuestras sociedades, la construcción de autonomías en relación a la sexualidad es particularmente conflictiva. Si bien este control de los cuerpos es, desde una mirada antropológica, inherente a la sociedad occidental actual, cuando se trata de la pubertad y la adolescencia, existe una discusión continua sobre la propiedad de los cuerpos y su relación con el placer. Por lo tanto, sobre el ejercicio de una sexualidad no reproductiva.

Múltiples ejemplos descubren estas miradas: las discusiones sobre la edad apropiada de inicio de relaciones sexuales que tienen lugar entre familiares o en la misma anamnesis de una historia clínica, o cuando los padres asumen la decisión o no de interrumpir el embarazo de una hija, o cuando prohíben algunos noviazgos, etc. Si bien esta discusión sobre los cuerpos jóvenes es generalizada, resulta evidente que existe un entrecruzamiento con el género ya que la presión social es mucho

más intensa sobre el cuerpo de las mujeres. No podemos dejar de mencionar también, la actitud discriminatoria que asume parte de la sociedad frente a las diversidades sexuales.

Respeto de la autonomía en la clínica

Dentro de la consulta clínica respetamos y propiciamos las decisiones autónomas de los y las adolescentes surgidas en el marco del conocimiento y la información necesaria para la toma de estas decisiones. Ejemplos:

Historia 1: Paciente de 18 años que consulta por un dolor abdominal crónico. Se confecciona la historia clínica (HC), se realiza el examen clínico y el pedido de los estudios complementarios correspondientes. Entre los datos de la HC surge la existencia de una relación sentimental con un joven de 24 años, violento, que en varias oportunidades la había golpeado produciéndole lesiones de cierta importancia. Nunca había pensado en denunciarlo ni en pedir ayuda profesional, por haber naturalizado esas actitudes, porque su padre –ya fallecido- también era golpeador. Luego de la discusión del caso durante el pase interdisciplinario y de analizar la posible relación de su dolencia con los antecedentes mencionados, su médica de cabecera, en las citaciones posteriores, descarta la patología orgánica y atribuye sus síntomas a un trastorno de tipo emocional. Mientras tanto, en nuevas consultas, con la excusa del seguimiento de su afección, trabaja sobre el fortalecimiento de su autoestima y le brinda las herramientas institucionales necesarias para que ella pueda decidir por sí misma cómo manejar esa relación violenta, entre ellas la posibilidad de un apoyo psicoterapéutico, que es aceptado. Tiempo después, refiere a su médica que había terminado su relación con esa pareja.

Historia 2. Paciente de 15 años, que cursa el 3º año del secundario. Comenzó a tener relaciones sexuales con su novio de 20 años pocos meses atrás. Llega acompañada por su madre y consulta por amenorrea de 9 semanas. Confirmado el embarazo, se desencadena entre madre e hija una controversia ya que la madre tiene la firme intención de que su hija realice un aborto, mientras que la hija refiere textualmente: “no me lo quiero sacar, lo quiero tener”. A posteriori, se propicia una consulta conjunta de la médica, una psicóloga y la pareja, donde se concluye que ambos desean tener su hijo pero que existe mucha presión de la familia

para que aborte. El equipo de salud tiene una intervención importante, por un lado, con la madre de la adolescente para ayudarla a elaborar el embarazo de su hija y la necesidad de respeto a su individualidad, y por otro lado, la intervención en la escuela para que no pusieran trabas a la continuación de los estudios. La pareja continuó su embarazo, tuvo un parto a término; luego, ella siguió con los controles y el cuidado anti-conceptivo post parto y continúa siendo paciente del servicio. Terminó sus estudios secundarios y en la actualidad vive con la misma pareja. Tiene 2 hijos y comenzó una carrera universitaria.

Con este último caso, quisimos relatar la necesidad de aceptar la libre decisión de una adolescente, que fue considerada por sobre todo como sujeto de derecho, respetando su autonomía en una toma de decisión conciente e informada.

Esta actitud es la que prevalece en el equipo también en el caso contrario, en el que la decisión firme de una joven fuese la interrupción del embarazo. Esta es una situación crítica y una de las formas en que se juega la restricción de la autonomía es juzgando; por lo tanto, nuestra posición es la de no juzgar. Los esfuerzos se dirigen a la orientación en la reducción de riesgo y daño, pero siempre respetando la autonomía.

Promoción de la autonomía en talleres



Uno de los objetivos de los talleres en sala de espera es precisamente promover la autonomía de quienes participan. Se tiende a que los y las adolescentes desarrollen habilidades para que puedan reconocer y utilizar los recursos propios o los provenientes de su círculo primario, así como aquellos provistos por las instituciones de la sociedad.

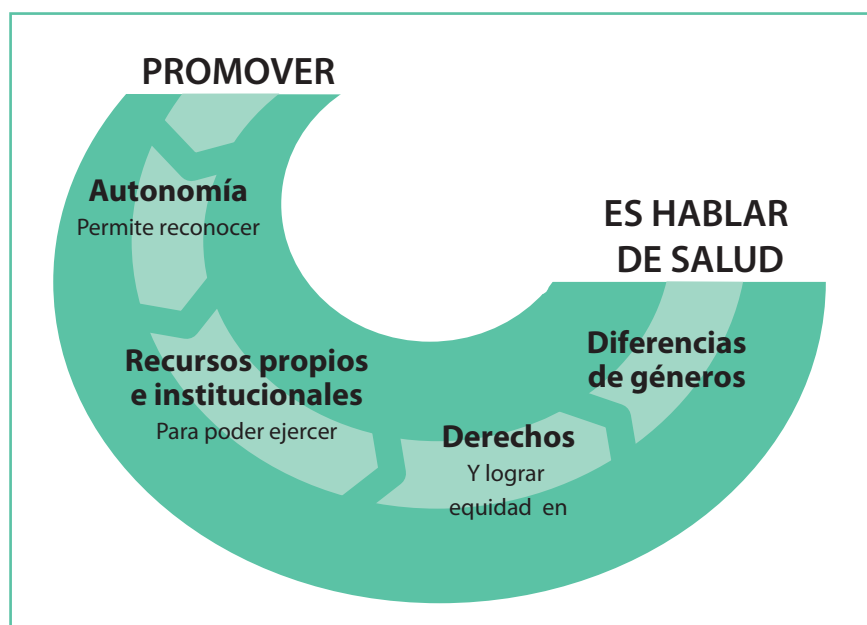
Esto implica un trabajo de incorporación de información y de apropiación de la misma. El ejercicio del derecho a la salud implica conocerlos, reconocerlos y apropiarlos.

Por lo tanto, cuando trabajamos la temática de género, brindamos herramientas que favorezcan el “empoderamiento” de las adolescentes. Como ejemplo de lo dicho: es sabido que en nuestra cultura el cuerpo masculino está unido a la fuerza física como signo de virilidad y el femenino a la fragilidad y disponibilidad para el otro; es decir que la

socialización de las mujeres tiende a constituir subjetividades más dependientes que las hace más vulnerables al abuso, a la coerción sexual, a la exposición al VIH. Por consiguiente, promover una mayor igualdad entre los géneros permite que la adolescente pueda tomar la decisión de decir no, ante una relación forzada o ante la negativa del varón a usar preservativo, y el varón, tomar conciencia de su posible actitud de riesgo o accionar coercitivo.

Lo mismo ocurre cuando, a través de lo trabajado en los talleres, conocen sus derechos y la existencia de leyes que protegen esos derechos; llegado el caso, están en condiciones de exigir su cumplimiento. Como ejemplo de esto, una adolescente, en un 2º taller, nos relató que había acompañado a una amiga por diferentes guardias exigiendo le dieran anticoncepción de emergencia (ACE), invocando lo escuchado en el taller en que había participado; si bien tuvo dificultades por la negativa de profesionales que desconocen la legislación, su perseverancia hizo que finalmente lograra su objetivo, convencida de que tenía ese derecho.

Podemos concluir que, cuando promovemos la autonomía de los y las adolescentes, estamos favoreciendo la apropiación de los recursos, tanto propios como institucionales, lo que les permite ejercer con mayor énfasis sus derechos y tender a la equidad entre los géneros. Cuando promovemos autonomía estamos, por consiguiente, hablando de Salud.



I b- Confidencialidad y secreto médico

Desde los viejos tiempos de Hipócrates, la confidencialidad médica o “secreto profesional” quedaba protegida mediante obligación por juramento, y no se limitaba sólo a los aspectos puramente clínicos, sino a todo aquello que rodea a la persona en su ámbito privado. Todo ello como un derecho inherente a la dignidad de la persona humana y al respeto que ésta merece. El viejo juramento de Hipócrates, que puede ser considerado como el primer Código de Ética Médica, impuso durante siglos la práctica del secreto médico, con su máxima: “todo lo que oiga y vea durante el ejercicio o fuera del ejercicio de mi profesión y que no deba ser divulgado, lo mantendré en secreto como algo sagrado” (Hipócrates). Surgieron posteriormente distintos códigos de conducta para orientar el quehacer médico, sin embargo, en la actualidad, con la tecnificación de la medicina, la irrupción de los medios de comunicación, el avance de la informática, etc., esos códigos resultan insuficientes y es necesaria la reflexión desde la bioética y la filosofía para determinar ciertas conductas.



La confidencialidad y el secreto profesional se basan en los derechos de las personas a la privacidad y a la intimidad. Estos derechos tienen su fundamento en los principios de dignidad humana y libertades fundamentales inherentes a todos los derechos humanos.

Tal como constan en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos. La información sobre la propia salud se revela en un ambiente de intimidad, donde se exponen aspectos de la vida privada; divulgar esta información es, por lo tanto, violar el derecho a la privacidad. Mantener el secreto médico, por ende, no puede considerarse como una elección sino que es un deber de todo profesional y de los equipos médicos.

El trabajo con adolescentes implica sostener este principio con sujetos que habitualmente son consideradas como objetos del accionar de instituciones de la sociedad (escuela, familia, etc.), con el fin de transformar esta mirada y considerarlos como sujetos autónomos de derecho, durante las prácticas de las acciones de salud.

Muchas veces no es el acceso al secreto médico lo que se cuestiona sino la circunstancia de que la confidencialidad se habilite, como derecho, con jóvenes. Esto es más polémico, sobre todo tratándose de temas relacionados a la sexualidad. Por lo que la discusión, frecuentemente, no versa sobre el secreto médico sino sobre el acceso al derecho sobre el secreto médico que les corresponde a los y las jóvenes.

Confidencialidad y salud reproductiva

Resulta evidente que la salud de una persona constituye uno de sus aspectos más íntimos. La persona debe y tiene que tener plena confianza en los profesionales que la atienden. La confidencialidad, por consiguiente, es un componente esencial de la calidad en los servicios de salud en general y en los de salud sexual y reproductiva en particular.

Una de las circunstancias en que la adolescente debe confiar en que su médico respetará la confidencialidad es ante la pregunta –por suerte cada vez menos frecuente- de una madre o de un padre acerca del inicio o no de relaciones sexuales de su hija. En ningún momento debemos olvidarnos, ante esta situación, que nuestra paciente es la adolescente y que, por lo tanto, revelar algo que haya sido dicho o surgido en la consulta no corresponde por ser estrictamente confidencial.

Esta confidencialidad adquiere especial importancia cuando se pone en juego la decisión de una paciente de interrumpir un embarazo. El temor a que no sea respetada opera en mayor medida en las mujeres más vulnerables, como pueden ser las adolescentes. Si una adolescente no confía en la privacidad de lo manifestado en el marco de la consulta médica, difícilmente concurrirá a un servicio de salud en busca de asesoramiento. Por consiguiente, es frecuente que recurra a prácticas de riesgo. Asimismo, a posteriori de la interrupción, la culpa por su accionar ilegal, el temor a la denuncia o a ser juzgada por el profesional que intervino, colaboran a que la consulta ginecológica en caso de complicaciones sea tardía, con los consecuentes riesgos para su salud

El conflicto que se le plantea al médico entre la obligación de denunciar **la intención o el hecho** de la interrupción de un embarazo y el deber de guardar el secreto médico debe resolverse acudiendo a los tratados internacionales de protección de los derechos humanos que, por ser normas de mayor jerarquía que aquellas que obligan a la denuncia,

deben prevalecer. En cuanto al conflicto que surge sobre informar a un tercero (esposo o padres), es importante recordar que, salvo en aquellos países en que informar a un tercero sea obligatorio mediante reglamentación específica se debe respetar la autonomía de la mujer, incluso si es casada o menor de edad (Causal salud, pag. 66).

En relación a este tema, la OMS también aduce: “El temor a que la confidencialidad no se mantenga disuade a muchas mujeres –particularmente adolescentes y solteras- de la búsqueda de servicios de cuidado de la salud y puede llevarlas a proveedores clandestinos y peligrosos, o a una autoinducción del aborto (OMS Aborto sin riesgo-citado Causal Salud, pág. 207)

Se puede agregar que la doctrina del secreto médico se sostiene por los principios de la ética y por la legislación. Desde la ética, se apoya en el juramento hipocrático, en el Código Internacional de Ética Médica y, en relación a la Argentina, en el Código de Ética de la Confederación Médica de la R.A., entre otros.

En cuanto a la base legal, si bien reconocemos que el secreto médico está sujeto a las legislaciones vigentes en cada país, en este documento haremos referencia a la situación en la Argentina, la cual podemos resumir en los siguientes artículos:

- Arts. 18 y 19 de la Constitución Nacional que consagra el derecho a la intimidad.
- Art. 11 LEY 17.132 de Ejercicio de la Medicina, referido a la información que llegare al profesional con motivo o en razón de su ejercicio.
- Art. 177 del Código Penal (CP) que dice:

Los profesionales del arte de curar tienen obligación de denunciar los delitos contra la vida o integridad física que conozcan al prestar el auxilio de su profesión, salvo que estos hechos estén bajo el amparo del secreto profesional. En estos casos puede ser considerado un testigo calificado pero aún así puede negarse a revelar información confidencial suministrada por el enfermo confiada bajo secreto.

Jurisprudencia. Hasta 1966, la Cámara del Crimen de Capital Fede-

ral había sostenido que era obligación de los médicos que atendían en hospitales públicos denunciar los hechos delictuosos que conocían en su actividad.

La doctrina contraria se plasmó en el plenario “Natividad Frías”, resuelto en agosto de 1966. Allí se estableció que debía abstenerse el profesional del arte de curar de formular la denuncia que involucre a una mujer que causó su propio aborto o fuera consentido por ella. Es decir que se consagró la imposibilidad de que una mujer que llega a un hospital para preservar su vida tras haberse practicado un aborto pueda ser inculpada por ello. Uno de los camaristas señaló que, ante la vulnerabilidad de la mujer afectada por la interrupción de su embarazo, “el interés público no podría justificar este inhumano dilema: o la muerte o la cárcel”.

Un médico que se entera de la realización de un aborto por la llegada de la mujer al hospital en el que se desempeña como profesional no debe denunciarla si “ese conocimiento del delito se hubiera obtenido por revelaciones que le fueren hechas bajo el amparo del secreto profesional”. Esta prohibición se explica porque “la culpable intervención que tuvo la autora o consentidora de aborto es noticia que el médico recibió en razón y ejercicio de su profesión”. El plenario no niega el carácter delictivo de la interrupción voluntaria del embarazo, pero subraya que “quien recurre a un médico por una afección autoprovocada, aún delictuosa como el aborto, goza de la seguridad de que su secreto no será hecho público; en cambio, no ocurre lo mismo cuando el atentado lo produce un extraño. En estos casos el facultativo debe denunciar el hecho delictuoso ejecutado por terceros”.

Posteriormente, muchos otros fallos en nuestro país, con diversas opiniones, han sentado jurisprudencia sobre el tema, pero no corresponde a los fines de este escrito profundizar sobre ellos.

Si bien escapa al tema del secreto médico, no podemos dejar de señalar:

En relación al aborto, existe en nuestro país una brecha importante -que debería ser resuelta- entre lo referido en el código penal, por un lado, y la praxis médica por el otro.



Últimamente, han tomado estado público muchos casos que fueron judicializados y que deberían haberse resuelto en el ámbito médico, sin la autorización de la justicia, ya que se trataba de interrupciones que encuadraban dentro del llamado aborto no punible. Esta intervención judicial acarrea una demora innecesaria para la resolución de estos casos, con lo que aumentan las posibilidades de riesgo.

Denuncia vs. Secreto profesional. Sus excepciones.

El derecho del paciente a que se sostenga el secreto médico no es absoluto y entra en conflicto ante determinadas situaciones en que se vea afectada la integridad de otras personas. Como se sabe, existen enfermedades de declaración obligatoria, por peligro a terceras personas. Si partimos del criterio de que con nuestro silencio vamos a ocasionar perjuicio para el paciente o para otras personas, en casos, por ejemplo, de enfermedades contagiosas, no es admisible guardar el secreto.

El dilema se presenta también para el médico y los equipos de salud en los casos de:

Abuso sexual infanto-juvenil

Los delitos violación, estupro, ultraje al pudor, son considerados de **instancia privada**. Resulta importante señalar una creencia errónea, frecuente en los equipos de salud, que consideran que al tomar conocimiento de este tipo de agresiones sexuales no deben reportarlas a las autoridades judiciales **en ningún caso**. Hay que tener en cuenta que todo niño, niña o adolescente involucrado en una situación de abuso sexual y/o violación es portador de una “experiencia traumática”, en muchos casos de larga data, y puede tener temor a hablar, sobre todo en situaciones en las que el abusador es un miembro de su propia familia o alguien con quien mantiene una relación de afecto. La denuncia, en consecuencia, cumple una función **protectora** frente al peligro o riesgo actual en que se encuentre el menor, y **preventiva**, porque se deben evitar nuevos peligros, riesgos o daños.

Los médicos de los hospitales de la Ciudad de Bs. As. tienen estratos intermedios para reportar el hecho, tales como las Defensorías Zonales o el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, donde intervienen profesionales especializados para la mejor resolu-

ción de cada caso. Es necesario recordar que no es el médico quien debe investigar el hecho sino el Poder Judicial.

Por lo tanto, cuando:

- La víctima fuera un menor abandonado.
- El delito fuere cometido presumiblemente por sus padres o representantes legales, e incluso cuando hay algún tipo de complicidad por parte de estos.
- Como consecuencia del delito resultare la muerte.
- Como consecuencia del delito resultaren lesiones gravísimas
- El delito fuere el de corrupción de menores. (Acción de promover o facilitar la corrupción de menores de 18 años aunque mediante el consentimiento).

El delito deja de ser de instancia privada. Prevalece la obligación de denunciar por parte de los profesionales de la salud y de los funcionarios públicos, en alguna instancia superior, por sobre la obligación de guardar el secreto profesional. Sin embargo, se tratará de respetar el derecho a la autonomía de la persona involucrada. Son los propios adolescentes los que a veces se resisten a la denuncia del hecho, de ahí la importancia del trabajo interdisciplinario, donde se puedan trabajar las motivaciones subjetivas que avalan tal proceder y que ponen en serio riesgo su salud psicofísica.

Sintetizando lo expresado, pese al dilema que se le puede presentar al profesional en su quehacer cotidiano, respetar la confidencialidad dentro de la relación con su paciente, salvo expreso consentimiento de su parte, no es más que considerarlo como sujeto de derecho.

II– Aspectos centrales para la atención de adolescentes

II a– Modelo de atención integral

La **salud integral de los y las adolescentes** se entiende como la construcción de un bienestar psicofísico que posibilite el desarrollo de potencialidades y favorezca los vínculos en un entorno continente y con futuro. Esta debe ser la meta final, pero sabemos lo difícil que resulta arribar a ella dentro de las condiciones de vida de muchos adolescentes y jóvenes en América Latina. No obstante, son muchos los grupos de trabajo que han tomado conciencia de esta problemática individual, familiar y comunitaria que aqueja a los jóvenes y se han abocado a la búsqueda de un accionar acorde a las circunstancias actuales, con una perspectiva regional y local.

En los últimos tiempos, se ha ido instalando una nueva filosofía de atención para adolescentes y jóvenes, en la que va perdiendo eficacia el modelo hegemónico médico para dar paso a una mirada más amplia que compromete a otros actores y otras disciplinas que necesitan interactuar en concordancia con un único fin: mejorar la promoción y prevención, centrada en los ámbitos de pertenencias y con una amplia y activa participación de los mismos adolescentes.

Este nuevo concepto de “atención integral de adolescentes y jóvenes” se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención ya que el encuadre exige tener en cuenta no solo los factores biológicos sino también los psicosociales, que incluyen el etilo de vida, el ambiente físico y cultural, la familia, la interacción con sus pares, etc. El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud, estimulando la detección de riesgos y la visualización de factores protectores, poniendo en marcha de esta forma acciones que privilegien las actividades anticipatorias” (Moreno E. 1995). Esto implica que el foco no está solamente en evitar el problema sino también en la promoción de capacidades y condiciones para lidiar apropiadamente con los desafíos que se presentan para el pleno desarrollo. Es necesario, en este sentido, favorecer una mayor **autoestima, autocuidado y autonomía**.

Desde los servicios de salud, el enfoque integral deberá estar

orientado hacia el adolescente, su familia y su entorno, y habrá que planificar las intervenciones acorde a cada situación particular. Contrasta esta perspectiva con aquella que pone la mirada en un solo problema, actuando sólo sobre lo específico de la consulta. De ahí la necesidad -en este modelo- de ensamblar la integralidad en la atención con el concepto de interdisciplina. Esto está directamente relacionado con la oferta y organización de cada servicio.

Hablar de calidad de atención en adolescentes, por lo tanto, no solo implica una buena atención clínica sino también poder desplegar un espacio de escucha donde puedan volcar todas sus dudas, inquietudes y, a veces, angustias.



Estas son características propias de una etapa de la vida de profundos cambios en el marco de una sociedad que, por distintas razones, no se caracteriza por la contención. Esta mirada totalizadora en la práctica profesional enriquece la función, facilitando la tarea de protección y promoción integral de la salud.

De ahí la necesidad de desarrollar el concepto de atención integral basado en:

- Promover un desarrollo sano.
- Promover la autonomía para la toma de decisiones libres y responsables.
- Prevenir en salud.
- Dar respuesta a la atención de la salud.
- Generar un espacio de escucha activa.
- Integrar a la consulta el entorno sociofamiliar.

El enfoque integral, por lo tanto, debe contemplar:

- Abordar la problemática de salud con una mirada amplia, superadora de los modelos restringidos que asocian la salud con la ausencia de enfermedad; salud debe abordarse desde la perspectiva del bienestar, que incluye los determinantes subjetivos, así como los sociofamiliares, económicos y culturales que rodean

a los y las adolescentes.

- Asumir la complejidad de las obligaciones del sistema de salud, que incluyen aspectos del derecho y la perspectiva de género.
- Considerar las características de **proceso** en la resolución de los problemas y daños, y por ende, cuanto antes se los evite será mayor la eficacia en términos de resultados saludables y menor el costo final; esto implica que en la estrategia de solución del problema en cuestión se incluyan los diferentes niveles de la acción: la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación.
- Incluir en las estrategias de la solución implementada la voz y la acción de todos aquellos actores que tengan que ver con la problemática, principalmente el protagonismo de aquellos que la padecen (real o potencialmente). La participación de la gente joven en cada paso del proceso es de vital importancia.

Resumiendo, el **enfoque integral de la salud en la adolescencia** tiene estrecha relación con los conceptos de **promoción, prevención, participación, interdisciplina, autoestima y autonomía**, entre otros.

Algunos aspectos de la dinámica asistencial del Servicio de Adolescencia - Argerich basado en el concepto de Atención Integral.

Equipo interdisciplinario. Constituimos un grupo articulado de profesionales de distintas disciplinas y/o especialidades, en un mismo espacio de trabajo, convocados por un accionar conjunto, que al reflexionar sobre la práctica vamos construyendo un modelo referencial común. El intercambio y la discusión continua de casos permiten incorporar conocimientos y saberes de otras disciplinas que pueden ser puestos en práctica en otros momentos, en los que quizás nos se cuente con la presencia de ese otro especialista. Al estar incorporada la mirada del "otro", se favorece el paradigma transdisciplinario; esto permite reconocer recursos, ante problemáticas complejas, que quizás desde una perspectiva exclusivamente médica no serían considerados.

Médico de cabecera. Entendemos por tal al profesional que, con un bagaje amplio de conocimientos sobre las diversas problemáticas de los y las adolescentes, se convierte en el referente responsable y confia-

ble con el cual se puede establecer un contacto fluido y longitudinal. Sus funciones son la confección de la historia clínica y sociofamiliar, la actualización de vacunas, recabar los datos de escolaridad, etc. Se ocupa no sólo de los antecedentes referidos al motivo de consulta, sino también de todos aquellos que durante su infancia o adolescencia pudieran haber influido en su normal desarrollo psicofísico; es quien se encargará, además, del seguimiento longitudinal del paciente en los distintos momentos en que transita por el hospital. Este profesional está entrenado en comprender la multicausalidad y complejidad de los problemas relacionados a la salud.

Detección de motivos no manifiestos de consulta. Los profesionales del servicio tenemos siempre presente, en la entrevista con adolescentes, el poder visualizar temas relacionadas con violencia familiar, abuso sexual, adicciones, disfunciones sexuales, entre otras. Estos hechos no suelen relatarlos espontáneamente, pero no tienen reparo en hablar de ellos frente a un profesional que los habilita en la palabra, utilizando un lenguaje accesible, claro, respetuoso y directo en relación a temas “difíciles”. Estos antecedentes muchas veces son los desencadenantes de la patología por la que consultan. Damos un ejemplo de lo dicho:

Adolescente de 15 años que llega a la consulta con su guardapolvo escolar y que refiere dolor abdominal recurrente. Se realiza el examen clínico y se piden los estudios complementarios correspondientes, descartándose patología orgánica; no obstante, se reiteran nuevas consultas con la misma sintomatología. En las entrevistas subsiguientes, la profesional interviniente advierte que detrás de su motivo aparente de consulta debería existir otro motivo oculto que no afloraba, quizá porque no podía ponerlo en palabras o porque ella misma no lo relacionaba. Se trataba de un caso típico de abuso sexual durante su infancia y pubertad, y que aún continuaba, por parte de su padrastro. Fue importante para ella poder verbalizar su situación y aceptar el apoyo que la institución le brindaba. Se observó que, desde la puesta en palabras de este hecho, el síntoma que había ocasionado la consulta desapareció. Asimismo, mediante un trabajo conjunto con el Servicio Social del hospital, se logró la separación del abusador.

Esta adolescente manifestaba un hecho traumático a través de un síntoma físico.

Incorporación de los datos del entorno sociofamiliar a la historia clínica. El tipo de HC utilizada permite volcar datos de las relaciones intrafamiliares, de los hábitos, del entorno sociocultural, entre otros. Esta información es analizada para entender el motivo de consulta o la problemática que presenta.

Concepto de oportunidades perdidas. Durante la entrevista, además de profundizar sobre el motivo manifiesto de consulta, siempre indagamos sobre otros aspectos que puedan ser condicionantes de riesgo para la salud. Por ejemplo: actualización de vacunas, inserción o abandono escolar, conductas adictivas, uso del tiempo libre, hábitos alimenticios, situaciones de calle, etc. Buscamos introducir o reforzar el concepto de prevención y detectar la existencia de factores o conductas de riesgo que nos permitan poner en práctica acciones anticipatorias, ya que puede suceder que esa consulta sea el único contacto con un servicio de salud que **el o la** adolescente vaya a tener.

Adecuado ámbito físico. La independencia de los distintos consultorios brinda un ámbito adecuado, el cual nos permite la privacidad en la consulta y un acercamiento amigable.

Interconsulta personalizada. Cuando se requiere una consulta con otras áreas del hospital, acompañamos al paciente personalmente o bien lo derivamos a algún profesional reconocido por su trato “amigable” con adolescentes.

Sistema de entrega de anticonceptivos (SEA). Este Sistema es la forma que hemos encontrado en el Servicio de Adolescencia para mejorar, agilizar y unificar los criterios de entrega de anticonceptivos hormonales y llevar un registro de las adolescentes que reciben dicha prestación, dentro del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Pase interdisciplinario. Diariamente, al finalizar la tarea asistencial realizamos un pase interdisciplinario de aquellos casos que plantearon alguna duda diagnóstica o de índole psicosocial, entre todos los integrantes del equipo.

Espacio de Consejería. Su objetivo fundamental está referido a

que los y las adolescentes encuentren en el servicio un profesional interlocutor que escuche sus problemas o dudas, por fuera de la consulta, y lo oriente y contenga en lo atinente a su salud psicofísica y/o convivencia escolar o familiar. Suelen llegar al espacio de Consejería en forma espontánea, por inquietudes surgidas después de haber presenciado un taller o por problemáticas relacionadas con un embarazo no buscado. De acuerdo al tipo de requerimiento, es aconsejado por un clínico y/o una psicóloga, y/o una ginecóloga y/o una trabajadora social.

Incorporación de ficha de riesgo. Este instrumento nos facilita la recitación de aquellos pacientes en riesgo, que desertaron de la atención en consultorio, favoreciendo así la prevención.

Espacio de Sala de Espera. El trabajo de promoción y prevención que se realiza en sala de espera lo consideramos como el primer eslabón de la consulta clínica.

Trabajo intersectorial. Trabajamos en contacto con Centros de Salud, Programas de Salud Escolar, y realizamos capacitación de docentes para detectar riesgo y/o derivación oportuna, etc.

Trabajo interinstitucional. La existencia de convenios con instituciones gubernamentales y/o de la sociedad civil, amplían nuestro radio de acción.

Esquema de integralidad

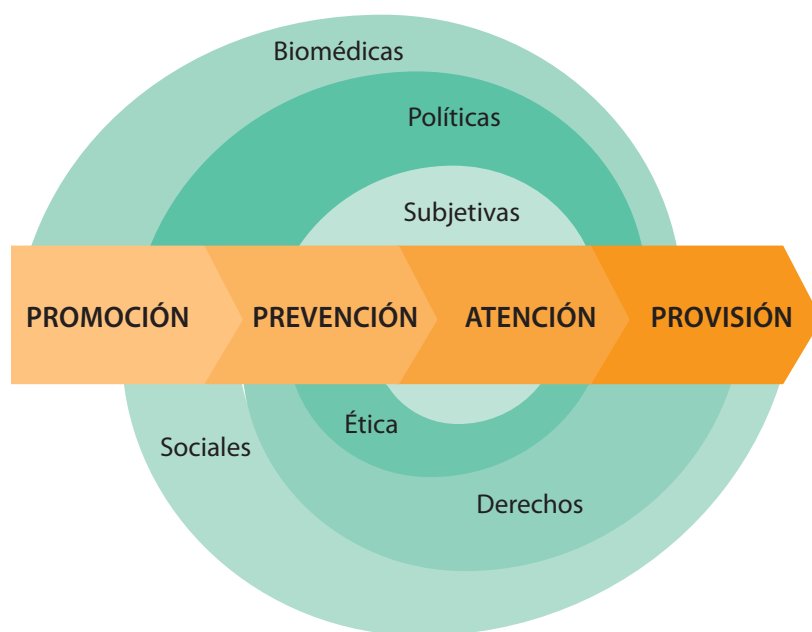
Nuestro esquema de integralidad está pensado en la práctica, en dos dimensiones: una horizontal o de encadenamiento longitudinal sucesivo y otra vertical, que atraviesa cada eslabón. En la primera, cada eslabón se une al siguiente y puede entenderse que se recorre desde la promoción de la salud, la prevención en salud, la atención clínica, la provisión de insumos de cuidado, hasta la reducción de daños; es equiparable a la clásica concepción de atención primaria, secundaria y terciaria en salud. La segunda es un corte transversal que está presente en todos los momentos antes mencionados, e incluye los conceptos anteriores más las consideraciones sociales, las éticas, las de derecho, las políticas y las subjetividades en juego.

Ejemplificando: durante la consulta clínica, al tiempo que se trata de resolver la demanda explícita inicial, se está pensando en valorar as-

pectos de la confidencialidad, en conocer los factores de riesgo y, a su vez, en explicitar los recursos de salud disponibles y el derecho a su acceso. Mientras se revisa una herida en una consulta, por caso, se pueden intentar conocer las circunstancias que llevaron a la misma y valorar su impacto subjetivo, como así también abordar las cuestiones relativas a los derechos, a la salud en general y al ejercicio de la sexualidad.

Atención Integral

La atención integral cruza transversalmente, cada momento del proceso de atención de salud. Brinda una mirada holística incorporando miradas aprehendidas en la interdisciplina. Por lo que en cada instancia del proceso descrito se busca **PROMOVER, PREVENIR, ATENDER E INCORPORAR LOS ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES Y EMOCIONALES** para completar el significado de la consulta.



Un joven o una joven, en el tiempo en que transcurre su paso por el servicio, ha recorrido varios de estos eslabones en sentido longitudinal y, en cada instancia, se ha vinculado con una mirada profesional que

ha procurado tener en cuenta la mayor parte de estas consideraciones. Por eso decimos que la integralidad en la atención es un objetivo al que hay que intentar acercarse. Todo esto implica contar con los dispositivos necesarios y con profesionales capacitados y adaptados a trabajar con definiciones de casos complejos que continuamente se encuentren dispuestos a incorporar aspectos diferentes que hacen al proceso salud enfermedad.

II b Modelo de servicio amigable para adolescentes

La atención de adolescentes plantea circunstancias especiales que requieren una visión particular. La manera en que se los recibe en los centros asistenciales obstaculiza con frecuencia un ingreso adecuado al sistema de atención de salud, plantea trabas involuntarias a la relación médico paciente y dificulta la atención integral.

Tomando como base el concepto de integralidad, es necesario definir el tipo de servicio que se va a ofrecer en cada lugar, región o sistema de salud, de acuerdo a sus necesidades y recursos locales, incluyendo trabajos de extensión, educación pública, prevención primaria y secundaria, consejerías y servicios de apoyo legal (Berner 2002).

Las necesidades de los adolescentes no son iguales en un gran centro urbano como Bs. As., en localidades suburbanas o del interior, o en otras regiones. Aún en el mismo centro urbano, la manera de transcurrir la adolescencia es muy diferente según las características del entorno social, cultural y económico en que se encuentren, por lo tanto la variedad de expectativas y necesidades es muy amplia y dependen de cómo se conforma el ser adolescente en cada región y grupo social. Por lo tanto, es necesario realizar un diagnóstico adecuado de las mismas y, a partir de ellas, definir las características que deberían reunir los centros, los profesionales necesarios, y la capacitación requerida para una adecuada promoción de la salud y atención. Las respuestas serán diferentes según el lugar, la cultura y los recursos, entre otras variables.

Un servicio amigable deberá ser agradable tanto para los adolescentes como para sus familias, ya sea por el vínculo que se establece entre las personas usuarias y el trabajador de la salud como por la calidad de las intervenciones, buscando siempre cumplir con las expectativas.



Mejorar la calidad de atención en la adolescencia no solo implica -como ya dijimos- una buena atención clínica sino también poder desplegar un espacio de escucha activa donde los adolescentes puedan volcar las inquietudes propias de una etapa vital de profundos cambios y en una sociedad que no se caracteriza por contenerlos.

Hacer amigable un servicio de salud es poder situarse junto al otro que, en nuestro caso, es el o la adolescente. Sin confrontar, respetando sus códigos y creencias, y relativizando lo que para el sistema debe ser el estado de salud ideal.

El respeto a las diferencias de género, a la confidencialidad, a la individualidad, a la elección de objeto sexual, a los derechos y el conocimiento clínico epidemiológico e interdisciplinario adecuado, son aspectos que deben tener en cuenta los profesionales de los servicios que atienden la salud de este grupo etéreo.

Existen barreras que dificultan la consulta adolescente y que deben tenerse en consideración, como ser:

- Factores económicos: falta de dinero para transporte, compra de medicamentos, etc.
- Desconocimiento de la existencia del centro o servicio y de la oferta que brinda.
- Características propias de la adolescencia: desinformación sobre el estado de salud o enfermedad, omnipotencia, miedo a estar enfermo, temor a ser visto por alguien conocido.
- Factores propios de los profesionales, cuando no existe una capacitación adecuada para atender a este grupo etéreo.
- Horarios inadecuados y/o insuficientes.
- Ámbito de atención conjunta con pacientes adultos.

Principales características que debe reunir un servicio amigable.

- Atención integral e interdisciplinaria.

- Visión compartida con jóvenes y adolescentes.
- Servicio con horarios accesibles y atención gratuita.
- Adaptado a la cultura juvenil.
- Calidez y tiempo de escucha del profesional.
- Certeza de confidencialidad.
- Privacidad en la consulta.
- Ámbito de atención exclusivo para adolescentes.

Propuestas para mejorar la atención:

- Informar y difundir los servicios ofrecidos y la idoneidad del equipo.
- Ofrecer a la comunidad la atención integral de adolescentes.
- Difundir lo que el servicio realmente ofrece dentro del hospital y entre los colegas de la institución.
- Colaboración de líderes juveniles en la promoción de la salud y en la prevención
- Favorecer el desarrollo de la autonomía.
- Trabajar para que la gente joven asuma los cuidados necesarios para el desarrollo adecuado de su cuerpo y de su sexualidad.
- Al establecer horarios de atención, contemplar la escuela y el trabajo de los padres. Las posibilidades son horarios extensos, algunos vespertinos.
- Revalorizar la figura del profesional y del sector salud.
- Brindar espacios de consejería, principalmente en salud sexual y reproductiva (SSyR).
- Brindar espacios de promoción y prevención de la salud

Los y las adolescentes consultan poco al sistema de salud, entre otras razones porque el modelo de atención no reconoce sus necesidades y/o sus demandas. Con el fin de mejorar su acceso a la prevención y atención en salud, el Comité sobre Programación en Salud de Ado-

lescentes, formado entre las agencias internacionales de cooperación técnica OPS/OMS, UNICEF y FNUAP, recomienda la organización de servicios de salud amigos de los/as adolescentes, con énfasis en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Un servicio de salud amigo de los/as adolescentes:

- 1.** Brinda atención integral de la salud en los aspectos bio-psico-sociales y de aprendizaje para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud.
- 2.** Está organizado cubriendo las áreas de Admisión, Enfermería, Medicina, Salud Mental, Trabajo Social y Ginecología, acorde a sus posibilidades de espacio físico y recursos humanos.
- 3.** Respeta el motivo de consulta por el que el/la adolescente concurrió al servicio, ofreciéndole alternativas para su resolución integral con la participación de las otras disciplinas y/o servicios de salud.

Cuáles son las fortalezas que hacen del Servicio de Adolescencia-Argerich un lugar amigable:

- La existencia de un equipo interdisciplinario de atención, construido a través de los años en un proceso dinámico y con un ideario común, en pos del bienestar de los y las adolescentes.
- Tener asimilado el concepto de atención integral e interdisciplinaria.
- Haber incorporado áreas claves, como la ginecológica, en el mismo ámbito de atención.
- Pertenecer al Programa de Salud Reproductiva del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, lo que asegura la gratuidad de los insumos.
- Tener profesionales capacitados en la atención integral de adolescentes. (Esto implica desde algo tan simple como un recibimiento amigable, donde se lo mencione con su nombre y se lo

salude, hasta el habilitar su palabra y el escuchar sus demandas, sin minimizarlas).

- Conocer y respetar sus derechos.
- Trabajar con perspectiva de género.
- Incorporación de la sala de espera como espacio de promoción de salud.
- Tener un horario prolongado de atención.
- Recepción amigable ante la demanda espontánea.

Cuáles son sus debilidades:

- Falta de recursos para realizar actividades de promoción y prevención en la comunidad.
- El énfasis puesto en una atención satisfactoria y personalizada a todas las demandas cotidianas interfiere a veces –restándoles tiempo- con las actividades grupales de capacitación y/o intercambio del equipo.
- Falta de recursos para incorporar nuevos profesionales a la actividad del servicio.
- El trabajo ad honorem de varios profesionales limita el número de horas que pueden dedicar a su actividad en el servicio.

III Prácticas innovadoras

III a Asesoramiento integral en salud reproductiva

III a1 Oportunidades perdidas en salud reproductiva

El concepto de oportunidades perdidas ha sido utilizado por distintas disciplinas y especialidades dentro del campo de la salud. En este apartado, lo usaremos en referencia a la salud reproductiva.

Sabemos que en la segunda mitad del siglo pasado los avances en la investigación aplicada a las ciencias médicas lograron separar el sexo reproductivo del placer sexual, pero también sabemos que después de 50 años de las primeras experiencias en anticoncepción, aún es mucha la gente joven que, por distintas razones, no tiene acceso a estos avances. Y es la mujer, sin lugar a dudas, el miembro de la pareja más afectado, no sólo por sus características biológicas sino por las socioculturales, que atribuyen a ella el mayor cuidado en relación a la anticoncepción.

Los cambios en las prácticas sociales han llevado a los y las adolescentes a un inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales (RS). En esta etapa, el acceso a una sexualidad sin riesgos no sólo está ligado a la educación y la pobreza sino que presenta problemáticas propias que son inherentes a todos los estratos sociales y a la relación que se establece con los prestadores de salud.

Los profesionales de la salud que mantenemos contacto diario con adolescentes sabemos que esta iniciación temprana de las RS no se acompaña muchas veces de cuidados anticonceptivos, por lo que el embarazo no deseado, la maternidad precoz o la práctica del aborto son realidades que estas adolescentes deben afrontar, a las que además se agrega el riesgo de adquirir infecciones transmisibles sexualmente (ITS).



Es, en gran parte una responsabilidad nuestra, como profesionales de la salud, y también de las instituciones, optimizar los medios para el cuidado psicofísico de adolescentes y jóvenes, y para que el ejercicio de la sexualidad sea placentero sin las consecuencias derivadas de la falta de prevención.

Teniendo en cuenta las dificultades y barreras que se les presentan a las adolescentes para acceder a esta sexualidad placentera y sin riesgos, dentro del modelo de atención integral que se lleva a cabo en el Servicio de Adolescencia, adoptamos el concepto de **oportunidades perdidas**.

Las y los adolescentes concurren en un bajo porcentaje a la consulta médica, por eso no se puede desaprovechar ese contacto, quizá único, adolescente-profesional, para indagar y conocer qué ocurre en el área de su sexualidad, ya que muchas veces no visualizan el riesgo en las RS como un problema que atañe a su salud.

Por ello pensamos que el médico que atiende adolescentes debe estar motivado para la atención de este grupo etéreo y tener una visión holística de la consulta. Deberá responder no sólo a la demanda espontánea de anticoncepción (AC), sino también detectar el riesgo cuando sean otros los motivos de consulta. En nuestro país, la orientación y asistencia en AC es casi exclusiva de ginecólogos y obstetras, perdiéndose así la posibilidad del oportuno asesoramiento a numerosas adolescentes que consultan por motivos no ginecológicos. Consideramos que la prevención del embarazo adolescente no buscado no es una tarea que deba encarar sólo el médico especialista sino que debe ser abordada por cualquier profesional de la salud que esté frente a una consulta clínica. No se puede eludir esta responsabilidad y es un deber interiorizarse sobre la actividad sexual de ese o esa joven para actuar con criterio de prevención.

A este último punto se orienta principalmente nuestro modelo de atención, que intenta aprovechar al máximo las oportunidades que ofrece la consulta clínica para actuar, además, preventivamente, en el área de la sexualidad.

En la práctica cotidiana, este concepto implica que el profesional no debería concluir una entrevista clínica sin que haya abordado aspectos referidos a la educación en sexualidad o al ejercicio de la misma. La profundidad con que se aborde el tema dependerá de las circunstancias o del momento de su etapa vital. Si no hallare pertinente profundizar sobre estas temáticas en una primera consulta, lo hará en las subsiguientes. Siempre se le deberá ofrecer al paciente un espacio de escucha, asesoramiento y/o asistencia en salud sexual, asegurando la confidencialidad y el no juzgamiento.

Es además responsabilidad de las instituciones:

- Crear áreas específicas para la atención de adolescentes.
- Brindar un ámbito adecuado donde se respete la privacidad.
- Proveer los distintos métodos anticonceptivos (MAC) de manera gratuita como una forma de evitar el abandono de su uso, en razón de que las adolescentes que concurren a la consulta hospitalaria carecen, por lo general, de recursos económicos propios.
- Brindar un trato adecuado ya desde las áreas de recepción, para que la institución no se convierta en agente expulsor. Decimos esto porque un o una adolescente que atraviesa la puerta de un hospital o un centro de salud, lo hace muchas veces con temor y desorientación.

Estos son sólo algunos de los puntos que ayudarán a disminuir la deserción, frecuente en este grupo etéreo, al ofrecer un ámbito donde las adolescentes se encuentren entre pares y atendidas por profesionales capacitados para entender su cambiante problemática. Por otra parte, al inculcar y reforzar la necesidad del cuidado de la salud, estaremos también induciendo a las jóvenes a adoptar, a lo largo de toda su vida, la anticoncepción y no el aborto como medio de regular su fertilidad.

Desarrollo de un Modelo de Atención basado en el concepto de OP

En el Servicio de Adolescencia² del Hospital Argerich, alrededor del 70% de las consultas corresponden al sexo femenino, y el 90% de estas adolescentes ya ha iniciado su vida sexual, estando muchas de ellas expuestas al riesgo de un embarazo no deseado al no utilizar ningún MAC. A través de los años, la detección de ese riesgo y el de las ITS se ha convertido en una prioridad.

Según nuestro modelo, todas las adolescentes son vistas en primera instancia por un médico clínico; en esa primera entrevista, además de profundizar acerca del motivo de consulta, siempre se indagan los aspec-

² Actualmente el área de Ginecología del Servicio de Adolescencia se encuentra incorporado al Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad de Bs.As., el cual provee los insumos necesarios (que se complementan con la colaboración de diferentes laboratorios) para que la tarea preventiva y de asistencia sea totalmente gratuita.

tos referidos a la vida sexual. Se busca, en esta forma, introducir o reforzar el concepto de prevención y detectar la existencia de riesgo de embarazo no deseado o ITS, para brindar así la asistencia correspondiente.

Creemos que las consultas por un MAC o en las que se detecta riesgo reproductivo deben considerarse como “consultas de urgencia” por las características propias de esta etapa evolutiva. Por lo tanto, no satisfacer esa demanda o necesidad en forma inmediata con la cobertura de un método puede implicar dejar desprotegida a esa adolescente que quizá no vuelva a otra consulta o que, cuando lo haga, ya esté embarazada. Se habrá así perdido la oportunidad de actuar en prevención, en el momento en que se establece el primer contacto con la adolescente.

En nuestro servicio, como ya lo señalamos, **el trabajo conjunto de clínicos y ginecólogas favorece la interdisciplina y el intercambio de saberes, por lo que los clínicos tienen el entrenamiento y la capacitación necesarios para indicar un MAC, hasta que la adolescente sea vista por la ginecóloga.**

Esta modalidad de trabajo nos ha permitido ampliar el espectro de cobertura, ya que no sólo se satisface la demanda espontánea de AC sino que también se llega a aquellas adolescentes que no tienen incorporado el riesgo reproductivo como un problema que atañe a su salud y, por consiguiente, no consultan por AC.

Este criterio de atención busca evitar **oportunidades perdidas** al concientizar a numerosas adolescentes en la prevención, induciéndolas al cuidado anticonceptivo.

III a2 Sistema de entrega de anticonceptivos (SEA)

Este Sistema es la forma que ha encontrado el Servicio de Adolescencia para mejorar y unificar los criterios de entrega de anticonceptivos hormonales y llevar un registro de las adolescentes que reciben dicha prestación, dentro del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (SRyPR) del GABA.

El método anticonceptivo que ha sido indicado, previo examen clínico, ginecológico y control de laboratorio, se entregará en las sucesivas consultas en un espacio ad hoc, sin necesidad de turno progra-

mado. Este espacio es atendido por un profesional que no solo hace entrega del método sino que su función es, además, reforzar el modo de uso, aclarar las dudas que pudieran existir en cuanto a posibles efectos adversos y evaluar los controles de salud integral, favoreciendo la reconsulta.

Con esta metodología consideramos que:

- Se mejora la contención posterior a la indicación del método, favoreciendo la adherencia a la anticoncepción. Esto significa sostener el cuidado a lo largo del tiempo y evitar el abandono.
- Se garantiza la atención personalizada por parte de un profesional en todas las entregas de anticonceptivos y la realización de los controles de laboratorio y clínico-ginecológicos periódicos.
- Se acorta el tiempo de espera de las adolescentes al no requerir un turno programado, ya que existe un espacio y un profesional cada mañana en esa función.
- Se mejora el acceso a la información en Salud Reproductiva (se refuerzan los conocimientos, se aclaran dudas y se entrega folletería).
- Se facilita el registro y estadística de adolescentes bajo programa.



Después de 3 años de haber implementado esta modalidad de atención de la demanda anticonceptiva, consideramos que existe una mayor satisfacción de las adolescentes usuarias, al acortar su tiempo de espera, y un mejor registro de las pacientes bajo programa.

Se utiliza para el registro de las prestaciones la planilla especialmente diseñada y aprobada por el Programa de SRyPR del GABA.

III a3 Consejería pre aborto

En los países donde las legislaciones sobre aborto son tan restrictivas, como en la mayoría de los de países de América Latina, tomar la decisión de realizar consejería preaborto es un verdadero desafío.

Se escuchan siempre diferentes opiniones, sobre si el aborto debe o no ser legal, si es ético o no, si es un derecho de la mujer, entre otras, pero la realidad es que el aborto existe por fuera de estas discusiones y hay un punto en que debería haber una sola opinión: ninguna mujer tendría que poner en riesgo su vida a causa de la interrupción de un embarazo.

Su ilegalidad obstaculiza la atención médica, principalmente en el ámbito público, donde el profesional ve limitada su posibilidad de brindar asistencia a los sectores más vulnerables. Si esta vulnerabilidad afecta a las mujeres en general, las adolescentes -en particular a aquellas que están en situación de pobreza- la padecen en mayor grado.

Más allá de todas las consideraciones legales, éticas o religiosas, el aborto se continúa practicando y en condiciones de mayor riesgo cuanto menores sean los recursos económicos de la población. Por lo tanto, debe enfocarse como un problema de salud pública porque es una realidad generalizada y persistente, porque es inseguro cuando se realiza en un medio no apropiado y porque los abortos no seguros tienen altos costos en vida de mujeres y también en morbilidad. Un hecho lo convierte en más preocupante: muchas de estas mujeres son aún adolescentes.

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

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

	Tasa de aborto TA¹	Tasa general de aborto cada 1000 mujeres²	Nº de abortos inducidos anuales³
Alternativa con C _{a1}	2,13	60,8	485.974
Alternativa con C _{a2}	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.

La clandestinidad no impide la realización de abortos sino que aumenta los riesgos.

Toda mujer que ha decidido interrumpir un embarazo tiene que tener el derecho a ser asesorada por una persona experta y en un lenguaje que le resulte accesible. Hay que tener en cuenta que, ante esa situación, entran en juego el miedo y la culpa a ser denunciadas. Si se encuentra en un servicio amigable y a solas con un profesional capacitado en la atención de adolescentes, que comprende la situación por la que está pasando, que no la juzga y que más allá del hecho, siente que la va a acompañar, disminuye este temor. En el imaginario está tan fuertemente instalada la culpa y el miedo que las adolescentes muestran una grata sorpresa cuando son atendidas con cuidado, sin maltrato, y reconocen explícitamente la buena calidad en la atención.

Cabe destacar, además, que desde que las mujeres se han apropiado del aborto medicamentoso (utilizando misoprostol) las complicaciones graves han disminuido al no existir maniobras instrumentales. Pero aún las complicaciones siguen existiendo. De acuerdo a una investigación realizada en el Servicio de Adolescencia del hospital Argerich del (Vázquez-Gutiérrez, 2006), las adolescentes usan la medicación en forma anárquica. La red informal en la que se asesoran para utilizar las "pastillas abortivas" (como ellas las llaman) involucra a amigas, familia-

res o farmacéuticos, que se constituyen en significativos informantes y que no siempre les indican adecuadamente la vía, la dosis, ni el camino a seguir a posteriori. Por ejemplo, muchas de ellas llegaban al hospital después de un prolongado período de metrorragia, algunas creyendo que ya no estaban más embarazadas; otras, por la culpa y el temor a ser sancionadas por estar al tanto de la ilegalidad de su accionar, realizaban las llevaba a la consulta tardíamente, con todas las consecuencias del caso.

Esta forma de interrumpir el embarazo se ha difundido en los últimos años entre nuestra población y quizá sea una de las causas del incremento de las internaciones por complicaciones del aborto. Las adolescentes no han quedado al margen de este saber y comenzaron también a utilizar el misoprostol, la mayoría de las veces en forma inapropiada.

Además, los proveedores de la droga no les informan sobre la eventual acción teratogénica de la misma, en el caso de que el embarazo continúe su curso. La bibliografía internacional refiere que existe un mayor riesgo de malformaciones congénitas en recién nacidos cuyas madres recibieron misoprostol en el primer trimestre del embarazo. Estas anomalías están relacionadas con el sistema nervioso central y con las extremidades superiores e inferiores, y se supone que son debidas a alteraciones vasculares de la unidad fetoplacentaria. Si bien este riesgo es relativamente bajo, del orden de 10 en 10.000, consideramos que ante la posibilidad de uso de la droga, el médico debería informarlo a su paciente.

Por qué Consejería

El Servicio de Adolescencia realiza constantes esfuerzos para que el Programa de Salud Reproductiva sea efectivo en cuanto a prevención de 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 haberlos usado incorrectamente o eventualmente por una falla del mismo. Frente a la realidad de un embarazo no esperado, a veces la adolescente lo acepta de buen grado, sobre todo en los sectores más desprotegidos, donde un hijo puede transformarse en un proyecto de vida. Otras adolescentes, en cambio, continúan con la gestación resignadamente, como un desti-

no de su condición de mujer o por carecer de medios para abortar. Pero, en un considerable número de casos, toman la decisión de interrumpir la gestación, recurriendo a prácticas tanto más riesgosas cuánto más bajos sean los recursos disponibles.

Estas pacientes crean en el profesional que las atiende, acostumbrado a brindar la mejor atención, un problema que frena su accionar. Los médicos nos encontramos ante una situación para la que no hemos sido formados. Pero dejar ir a una joven que se ha contactado con el sistema de salud, conociendo que ingresará a un grupo de riesgo de alta morbilidad, teniendo herramientas de cuidado para ofrecerle, nos ubica ante una encrucijada.

Nuestro compromiso con las y los adolescentes que concurren al servicio siempre estuvo basado en que encuentren en él un ámbito amigable y con una escucha atenta a sus problemáticas. Por eso, la reiteración de estos casos llevó a una reflexión interna y conjunta del grupo de profesionales para aunar criterios o compartir inquietudes, sabiendo las dificultades que presentaba la temática. No pretendíamos tener criterios unívocos pero sí coherentes sobre las acciones de cuidado a seguir con estas pacientes, a sabiendas de que estábamos interviniendo en un ámbito donde el aborto es ilegal, pero sin olvidar que no podemos abandonar a su suerte a la paciente y que, de acuerdo a las Convenciones y los Tratados Internacionales que nuestro país suscribió, debemos trabajar en pos del interés superior del niño y adolescente (en este caso nuestra paciente).

En este proceso grupal, lo que nos llevó a la reflexión fue la lectura del libro de Faúndes-Barzelatto (Faundez – Barzelatto, 2005). Allí se hace referencia a la condena pública y la aceptación privada del aborto, y al incremento de esta aceptación cuando más cerca afectivamente está la persona involucrada. En nuestra práctica cotidiana esto lo corroboramos, ya que es frecuente observar cómo los médicos 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 quien establecieron una buena relación.

En este sentido, también la investigación de Ramos y colaboradoras (2001) muestra la opinión recogida en grupos focales con médicos,

donde los más jóvenes condenan el aborto en mayor medida que los de edad intermedia. Una de las razones sería la menor oportunidad de los jóvenes de haberse relacionado con mujeres en situación de aborto por encontrarse al inicio de su carrera, mientras que en los de mayor edad se produce un cambio y una mayor preocupación al haberse enfrentado con el sufrimiento y la muerte de estas mujeres.

Otro accionar que observamos de cerca, al pensar en la implementación de la consejería preaborto, fue la experiencia de nuestros colegas uruguayos, que han instalado hace tiempo este sistema de asesoramiento para una maternidad segura (con el aval del Sindicato Médico, de la Sociedad de Ginecología, de la Facultad de Medicina e incluso posteriormente del Ministerio de Salud Pública, por medio de la ordenanza 369/04 y recientemente por la ley 18.426/08, art. 4, b 2)". 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 preaborto y en mejorar la atención del postaborto, con lo cual han conseguido una importante disminución de la mortalidad materna (Briozzo, 2007).

El marco teórico de la reducción de daños nos brindó un anclaje al carácter ético de la práctica médica, enhebrando los conceptos bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia con la práctica cotidiana, en un ámbito en el que las circunstancias que rodean a los abortos se encuentran en constante tensión.

Aproximadamente un 40% de las pacientes internadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Argerich, a consecuencia de complicaciones de abortos, corresponden a adolescentes y jóvenes menores de 24 años que ingresan directamente por guardia con diagnóstico de aborto incompleto o feto muerto y retenido. Estas jóvenes, evidentemente, no tuvieron conocimiento de la existencia de acciones en Consejería pre aborto.

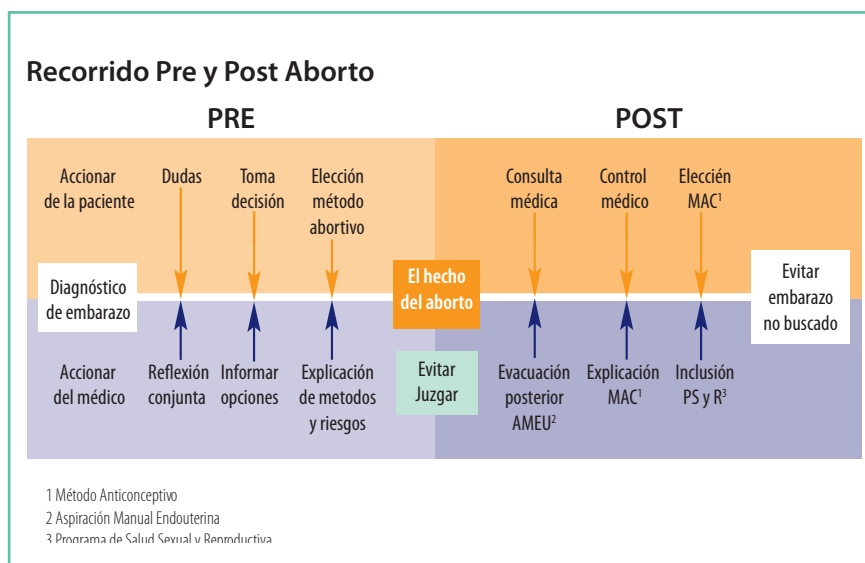
Nuestro grupo de trabajo considera que no se puede seguir eludiendo el grave problema -tan frecuente en la adolescencia- de la interrupción de embarazos en condiciones de riesgo, que las afecta en su salud actual y en su futura salud reproductiva. Sobre todo, porque aún con legislaciones restrictivas es mucho lo que se puede hacer antes y después del hecho concreto del aborto.



Un sistema de salud debe brindar, a toda adolescente embarazada que concurra a un servicio hospitalario, un espacio de reflexión para acompañarla ante esa nueva situación y una instancia de diagnóstico no solo médico sino también psicosocial.

En este espacio, la joven debe contar con toda la información, asesoramiento y apoyo necesarios para la toma de decisiones responsables, que en última instancia conducirán hacia maternidades seguras.

Desde nuestro accionar, no propiciamos la práctica del aborto inducido e informamos sobre los riesgos médicos y también legales existentes, dada la condición actual de ilegalidad. En aquellos casos en que se vislumbre la posibilidad de que una adolescente, de todas maneras, pueda recurrir a la realización de un aborto de riesgo, consideramos que los profesionales de la salud debemos abordar las estrategias a seguir para lograr la reducción de riesgos y daños dentro de lo que permite el marco legal vigente. Se trata de respetar la decisión informada y conciente de la adolescente.



Recurrimos nuevamente al accionar de nuestros colegas uruguayos y, en particular, a la voz del Dr. Enrique Pons, a quien escuchamos en varios seminarios hacer referencia a que el aborto, por tratarse de una

práctica ilegal, no puede ser abordado por el médico ni por los equipos de salud. Pero este hecho ilegal tiene un antes (desde la consideración de 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). Por lo tanto, el actuar antes y después de su realización tiende a disminuir los riesgos y la muerte por gestación.

Aún en el marco de la legislación vigente, es mucho lo que podemos hacer como efectores de salud para prevenir actitudes y conductas riesgosas en las/os adolescentes. Es nuestra responsabilidad.

El espacio de Consejería Preaborto

- El objetivo de este espacio es poder ayudar a que la joven pueda tomar una decisión informada, conciente y responsable.
- Se informará sobre la posibilidad de otras instancias, como puede ser la adopción, para ayudar a ampliar las distintas variables a considerar, más allá de las que muchas veces toman en cuenta en momentos de angustia.

Para aquellas adolescentes que manifiesten su deseo firme de interrumpir el embarazo, es aconsejable:

- a.** Recurrir a un equipo interdisciplinario que brinde apoyo social y psicológico con el objetivo de realizar una reflexión conjunta sobre:
 - las causas que motivan el deseo de interrumpir la gestación
 - influencia de familiares o allegados en la toma de decisión
 - la conveniencia de incluir a la pareja
 - la existencia de redes de apoyo
- b.** Tomar conocimiento sobre la información con que cuentan para llevar a cabo su decisión.
- c.** Brindar la orientación necesaria para que la mujer pueda decidir sobre su vida y su cuerpo con el mayor conocimiento posible, y para evitar y/o minimizar un daño probable; por lo tanto, se informará sobre las diferentes formas de interrumpir un embarazo con el mínimo de riesgo y daño. Nuestra tarea es sólo de infor-

mación y asesoramiento, y no de indicación de algún método, ya que de otro modo estaríamos actuando en contra de lo que las leyes vigentes establecen.

A partir de la consulta, se hará una evaluación de cada caso, que incluya:

- Examen clínico general, ginecológico y de laboratorio en busca de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones, en el eventual caso de que recurran a la interrupción.
- Estudio ecográfico con el objetivo de realizar un correcto diagnóstico de edad gestacional, de normoimplantación, y para descartar patología embriofetal (embarazo ectópico, huevo muerto, etc.).
- Determinación de factor Rh para informar sobre la necesidad de la inmunoprofilaxis en caso de ser la paciente Rh negativa.
- Información acerca de los diferentes riesgos inherentes a cada una de las prácticas habituales.
- Explicitar la necesidad de la consulta post aborto inmediata.

Conocer esta forma de actuar es imprescindible para asesorar correctamente a la paciente. Por ejemplo: determinar ecográficamente la edad gestacional es importante porque, en nuestra experiencia, después de la investigación sobre el uso de misoprostol en adolescentes embarazadas y por lo manifestado en los talleres que realizamos en la sala de espera del servicio sobre sexualidad, las adolescentes conocen las “pastillas” (misoprostol) a través de circuitos informales, y refieren que es el método al que más recurren para abortar. Sin embargo, no conocen los riesgos que corren al usarlas en embarazos de más de 9 semanas.

Además, puede ocurrir que por ecografía se diagnostique un huevo muerto y retenido, con lo cual cambia todo el panorama legal y por ende el conflicto de la paciente ante la toma de decisión.

Asimismo, no podemos dejar de lado la importancia de la inmunoprofilaxis en las jóvenes Rh negativas, para evitar complicaciones en las futuras gestaciones.

Todo esto nos da la pauta de que no se tiene que abandonar a

estas pacientes a su suerte. Nosotros, como profesionales, tenemos el saber médico necesario para disminuir los riesgos y daños de un aborto y es nuestra responsabilidad asesorar y acompañar en este trance.

Si bien no tenemos una estadística exacta de los casos en que se intervino en consejería para reducir riesgo y daño en las adolescentes que deseaban interrumpir un embarazo, aproximadamente en el 2007 se realizaron entre 70 y 90 intervenciones.

Finalmente, consideramos que para realizar consejería preaborto no es necesario que exista un consultorio específicamente dedicado a esta tarea, porque sabemos las dificultades institucionales que esto implica y porque, además, debería ser una herramienta de cuidado que se encuentre al alcance de cualquier médico. Al abordar este tema, lo que nos propusimos fue solamente plantearlo para que los profesionales piensen en el mismo y traten de lograr un cambio interno que haga más permeable su actitud frente a una paciente que manifiesta su intención de interrumpir un embarazo y puedan brindar la consejería adecuada para disminuir riesgo y daño. En otras palabras, es necesario un cambio actitudinal que habilite el compromiso hacia la paciente. Consideramos que el protagonismo que tienen los médicos en la problemática del embarazo no buscado y del aborto es fundamental para generar los cambios institucionales y políticos necesarios para evitar las secuelas y las muertes por abortos realizados en condiciones de riesgo.

III a4 Consejería postaborto

El Ministerio de Salud de la Nación ha aprobado y distribuido la “Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto” (2005), con el objetivo de mejorar la calidad de atención. Dicha guía explicita una serie de intervenciones médicas destinadas a manejar las complicaciones del aborto, con el fin de disminuir la tasa de morbilidad materna, mejorar la vida sexual y reproductiva de las mujeres, y evitar que se repitan nuevos abortos. La existencia de esta guía no implica que haya cambiado automáticamente la atención de estas mujeres, porque para ello se necesita un cambio de actitud de los profesionales que en muchos casos no se ha dado.

La condición de ilegalidad condiciona el proceso asistencial de

quienes son atendidas después de haberse realizado un aborto. Existe un maltrato institucional conciente o inconsciente, porque la clandestinidad opera como una condena simbólica en gran parte del personal de salud. Esto es mucho más preocupante en la atención de adolescentes, por ser aún inmaduras emocionalmente y por tener un yo todavía frágil.

En entrevistas realizadas en el servicio, algunas jóvenes han expresado que durante la internación tuvieron dificultad para sentirse acompañadas y consideradas, y piensan que no hay un registro del sufrimiento subjetivo que implica la decisión que han tomado.

De acuerdo a una investigación realizada en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires (Checa, 2006), sobre la calidad de atención en las internaciones post-aborto, las autoras refieren, entre otras cosas: "...los distintos profesionales parecieran no estar sensibilizados frente a la situación por la que atraviesa una mujer precisamente en el momento en que ha decidido no ser madre", y agregan que a veces existen tratos verbales humillantes.

Sucede que 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 hegemónico acerca de la maternidad, lo que hace que se vea afectada la contención y el trato humanitario que la paciente requiere. Muchos profesionales ni siquiera se plantean cuáles han sido las motivaciones de la decisión de interrumpir un embarazo. Por eso es necesario insistir sobre la concientización del personal de salud para que brinde una adecuada atención post aborto y consejería que evite la repetición de embarazos no deseados.

Por lo tanto, encarar la atención más humanizada de estas adolescentes es una responsabilidad del sistema sanitario y de todos los efectores de salud.

Las intervenciones médicas que se realizan en el Servicio de Adolescencia de acuerdo a las diferentes situaciones en que se presenta una adolescente después de un aborto, son las siguientes:

- **En caso de aborto incompleto:**
 - internación en el Servicio de Obstetricia
 - riesgo quirúrgico, grupo sanguíneo y factor Rh

- legrado evacuador (es aconsejable la utilización de la aspiración endouterina - AMEU)
- protección antibiótica
- control ginecológico previo al alta
- citación al Programa de Salud Reproductiva del Servicio de Adolescencia
- acompañamiento psicológico por profesionales especializadas, durante la internación.
- **En caso de expulsión completa del embarazo:**
 - ecografía de control
 - determinación de factor Rh (inmunización en caso de ser negativa)
 - asegurar la protección anticonceptiva inmediata
 - citación al Programa de Salud Reproductiva para su seguimiento
 - acompañamiento psicológico de acuerdo al caso
- **En caso de prosecución del embarazo:**
 - seguimiento personalizado por obstetra de adolescentes.

Una de las instancias más importantes durante la atención post aborto es asegurar la protección anticonceptiva inmediata y la incorporación a los programas de salud reproductiva para evitar la reiteración de embarazos no deseados, como con frecuencia ocurre.



Lamentablemente, esto no siempre sucede y las adolescentes son dadas de alta sin ninguna información sobre cómo evitar otro embarazo. Por eso, reiteramos la importancia que tiene la capacitación de los profesionales jóvenes, no sobre los aspectos médicos de la anticoncepción porque seguramente ya los conocen, sino creando conciencia sobre la importancia de su accionar preventivo.

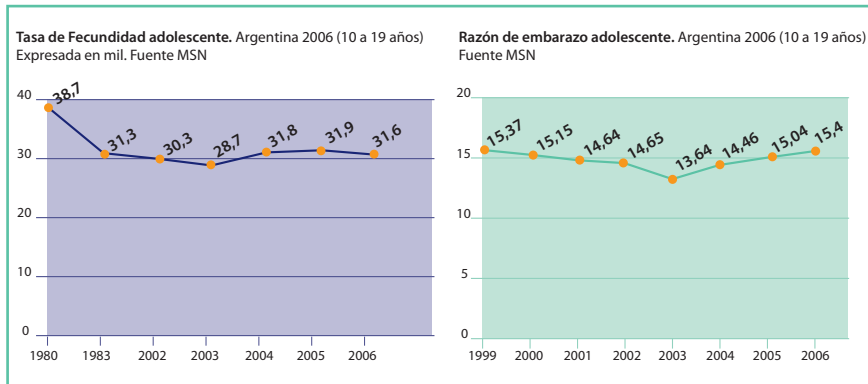
III a5 Prevención del 2º embarazo

La maternidad adolescente es un fenómeno que responde a diferentes factores, como ser: los cambios socioculturales relacionados a la sexualidad, el acceso o no a una adecuada educación en sexualidad, el conocimiento y uso correcto de los métodos anticonceptivos, el acceso a ellos, entre otros. La incidencia de estos factores va a variar según la pertenencia social y el nivel educativo de las jóvenes. Las estadísticas ponen en evidencia que son las adolescentes de los sectores más desprotegidos las que se ven afectadas por embarazos no buscados, por abortos de riesgo y por maternidades tempranas muchas veces reinicidentes. De estos sectores en situación de pobreza proviene el mayor número de consultas que concurren a los servicios hospitalarios.

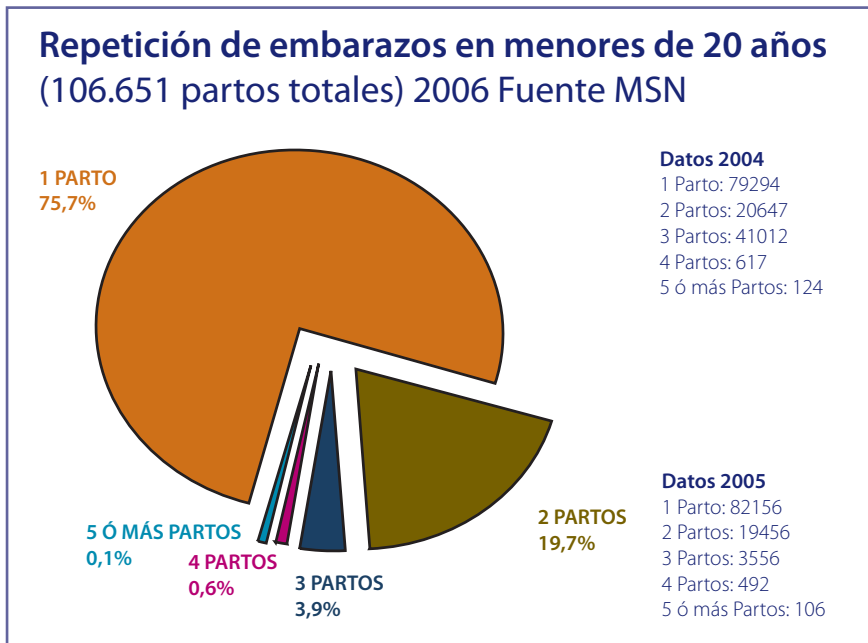
La existencia de un primer embarazo no buscado puede estar relacionada con la falta de información y educación en sexualidad, o con que la adolescente no haya tenido nunca contacto con el sistema de salud y por lo tanto no sepa como acceder al cuidado anticonceptivo. Pero cuando ocurre un segundo embarazo que no fue buscado es evidente que la paciente tuvo que haber pasado por el sistema para la atención de su parto o aborto. De esto se desprende que seguramente hubo alguna falla en los efectores del sistema que no pudieron captar a esa adolescente para la prevención. Pensamos que a veces la inercia, el desconocimiento de las leyes vigentes o la falta de compromiso de quienes atienden adolescentes en los distintos servicios, crea conflictos que se constituyen en obstáculos para el acceso a la consulta preventiva o para la derivación al área de salud reproductiva. Por lo tanto, el desafío se basa en elaborar distintas estrategias para facilitar el ingreso de las adolescentes a los programa de salud reproductiva.

Algunas cifras sobre embarazo adolescente

De aproximadamente 700.000 nacimientos anuales registrados en nuestro país, 100.000 corresponden a menores de 20 años y 3.000 a menores de 15. En cuanto a la fecundidad adolescente, es relativamente alta (ultimo registro: entre 15 y 19 años, 63.7 ‰) en relación al nivel general de fecundidad. A partir del 2003, hubo un ligero incremento en la tasa de fecundidad adolescente, según datos del Ministerio de Salud:



En relación a la repetición de embarazos, según la misma fuente, alrededor del 24% de las menores de 20 años, habían tenido 2 o más partos.



Según una encuesta a 1645 puérperas de entre 15 y 19 años, tomada en hospitales y maternidades de distintas provincias y Gran BA, el promedio de adolescentes con 2 embarazos fue de 23.6% de la muestra (20.8% en Misiones; 26.9% en Tucumán) y de 3 o más embarazos, 5.7%. (Gogna-CEDES -2004).

En un estudio sobre embarazo adolescente realizado en el servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, también hemos observado que sobre una población de 200 adolescentes embarazadas consultantes, el 33.5 % ya habían tenido uno o más embarazos, de las cuales aproxima-

damente la mitad habían terminado en un aborto espontáneo o provocado. (Calandra-Vázquez -1996)

En el mismo servicio se llevó a cabo una investigación sobre el uso indebido de misoprostol para la interrupción de embarazos y se encontró que de las 59 adolescentes que lo habían utilizado, en 28 casos (47.5%) ya habían tenido embarazos anteriores, de los cuales 11 habían terminado en parto/cesárea y 13 en abortos inducidos (Vázquez, Inf. CONAPRIS, 2003-2004).

Estrategias para la prevención

En el medio hospitalario es frecuente que el egreso post parto o post aborto no esté acompañado de acciones en prevención que tiendan a disminuir la posibilidad de un segundo embarazo no deseado, con sus futuras consecuencias. En muchas oportunidades, el mismo sistema de salud es el que, por diferentes razones, actúa como expulsor de las adolescentes cuando está en juego la sexualidad.

Pensamos que crear nuevos espacios de prevención, concientizar a todo el personal que atiende adolescentes, así como incluir el concepto de “oportunidades perdidas”, es un avance para evitar la reiteración de embarazos no buscados.

Nuestra preocupación cotidiana se basa en que no existe correlación entre la gran cantidad y diversidad de métodos anticonceptivos con los que cuentan los hospitales, provistos por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y su efectiva entrega al elevado número de adolescentes que circulan diariamente por las distintas áreas.

Además, la experiencia ha demostrado que la sola dación de los métodos anticonceptivos a los y las adolescentes no resulta suficiente para evitar un segundo embarazo. En este grupo etéreo, debido a sus características propias, se requieren estrategias específicas, que tengan en cuenta la subjetividad y la cultura adolescente, para lograr que se incorporen al Programa y para que ésta incorporación sea realmente efectiva y se sostenga en el tiempo.



En lo referente a nuestro hospital, consideramos que es fundamental que este asesoramiento anticonceptivo no quede restringido exclusivamente

a los consultorios externos del servicio de adolescencia, donde sí se trabaja con el concepto de “oportunidades perdidas” y todos los jóvenes que circulan por el mismo son asesorados en sexualidad cualquiera haya sido su motivo de consulta.



Existe un considerable número de adolescentes que se asisten o se internan en otros servicios del hospital, que quedan totalmente por fuera del Programa, por eso es muy importante que las acciones se vuelvan transversales. Nos referimos a la necesidad de realizar actividades de capacitación que incluyan a todo el personal de los servicios por donde circulan adolescentes y jóvenes, como ser: ginecología, obstetricia, pediatría, neonatología, clínica médica, como los más importantes, tratando de que sus integrantes tengan las herramientas necesarias para actuar en prevención.

Es evidente que una adolescente que ya fue madre o que fue atendida por complicaciones de un aborto tuvo que haber circulado por el servicio de ginecología o haber estado internada en el servicio de obstetricia del hospital. Si no se le informó, asesoró o proveyó algún método anticonceptivo, es porque hubo alguna falla en los mecanismos de atención.

También las adolescentes madres que participan de la internación conjunta con sus hijos, ya sea en neonatología o en la sala de pediatría, muchas veces pasan largos períodos de tiempo “viviendo” en el hospital. Consideramos que éste es un momento único que se le brinda al sistema de salud y a sus proveedores para volver productivo ese tiempo de acompañamiento, ejerciendo acciones de prevención.

Es evidente que muchos de los médicos, tanto clínicos, pediatras o generalistas, como así también obstetras, no tienen internalizada la necesidad de preguntar acerca de la vida sexual de los y las adolescentes que atienden, por lo que se pierden valiosas oportunidades de asesorar y brindar la cobertura anticonceptiva que evite nuevos embarazos no deseados.

En el año 2006 (Vázquez), se realizó en nuestro servicio una capacitación sobre prevención del 2º embarazo que incluyó a:

³ Desde el año 2002 al 2007 estos talleres fueron auspiciados por el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del GABA, mediante un convenio con FUSA 2000.

- Médicos de planta y residentes de Toco-ginecología.
- Obstétricas
- Médicos de planta y residentes de Pediatría.
- Médicos de planta y residentes de Neonatología.
- Trabajadoras sociales.
- Enfermeras de los servicios mencionados.
- Psicólogas con actividad en los servicios mencionados.

Dado que los resultados de la misma fueron muy satisfactorios, de acuerdo a la opinión de las usuarias recogida mediante encuestas, sería importante poder sostener una capacitación continua sobre el personal de salud que atiende adolescentes y jóvenes.

De todo lo anterior se desprende que los esfuerzos que se realicen para capacitar a los efectores de salud para que faciliten la protección anticonceptiva de las adolescentes que ya han pasado por la experiencia de un embarazo, muchas veces no buscado ni deseado, ayudarán a evitar la reincidencia.

III b Talleres en sala de espera



La sala de espera de un servicio hospitalario puede transformarse en un espacio de comunicación grupal no tradicional, para realizar promoción y prevención. Si bien en el servicio de Adolescencia del Hospital Argerich se comenzó hace nueve años a realizar este tipo de actividades en la sala de espera, desde hace siete años se creó un dispositivo específico de intervención donde profesionales y pacientes se encuentran para plantear temáticas referidas a la salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva³, incluyendo la perspectiva de género y la apropiación de derechos, ya que muchas veces éstos son vulnerados por el sistema de salud.

Consideramos nuestra forma de trabajo una actividad innovadora ya que lo que nos propusimos fue apartarnos del modelo clásico, basado únicamente en la transmisión de información. Tratamos en todo momento de aprovechar las condiciones favorables que ofrece un ámbito no formal, para propiciar la participación activa de los y las adolescentes.

Desde el año 2002 (fecha en que se comenzó el registro estadístico) hasta el año 2008, se han realizado 404 talleres, con la presencia aproximada de 4590 adolescentes y 1720 acompañantes adultos.

Por qué talleres

Se adoptó la modalidad de taller por considerarla la más apropiada para dialogar a partir de una situación disparadora, intercambiar experiencias, habilitar la palabra, escuchar al otro, reflexionar, disentir. En los talleres circulan herramientas para que, a través del juego y las vivencias, se posibilite el acceso a los conocimientos, los recursos, los derechos y las diferencias de género, actuando éstos como facilitadores de la prevención.

Creemos que los contenidos que circulan durante la actividad tienen un mayor anclaje en las personas si involucran las emociones, por eso nuestro trabajo tiende a que se despierten situaciones que comprometan emocionalmente.

Los talleres son un espacio de construcción colectiva donde se habilita a hablar públicamente sobre diversos temas.

En la Sala de Espera se puede hablar de:

- **aborto**

- **abuso sexual**
- **violación**
- **anticoncepción**
- **sexo / sexualidad**
- **derechos**
- **roles de género**
- **discriminación**

El objetivo de estos talleres es aprovechar el tiempo inerte de la espera y transformarlo en un tiempo activo de participación grupal para realizar acciones de promoción de la salud.

El accionar está centrado en:

- Promover el ejercicio del derecho a la salud.
- Hacer aportes para lograr que adolescentes y jóvenes puedan tomar decisiones autónomas
- Abordar la temática de salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva.
- Promover los derechos sexuales y reproductivos.
- Trabajar estos contenidos desde una perspectiva de género
- Generar inquietudes sobre la salud y la salud sexual que se canalicen en la consulta posterior
- Desnaturalizar conductas aprendidas, con el objeto de modificar hábitos y lograr una mejor construcción de salud.
- Ganar espacios no convencionales para la promoción y prevención en salud.

¿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 pri-

mer eslabón de la consulta

- Se **habilita la palabra** de los participantes, comenzando a dialogar a partir de una situación disparadora
- Se promueve **escuchar al otro**, sea adulto o adolescente. Esto favorece el diálogo intergeneracional
- Más que buscar consenso, se utiliza **la confrontación y el disenso**, valorando el aporte de miradas diferentes.
- Se visualizan los **recursos propios e institucionales**, tendiendo así a la reducción de riesgo y daño
- Se promueve la **igualdad entre los géneros** dentro de las diferencias propias de cada sexo
- Se trabaja sobre el reconocimiento de sus **derechos** y el desarrollo de la **autonomía**
- Se promueve **involucrar a los varones** en la temática de la salud reproductiva

Los contenidos que circulan durante el taller tienen un mayor anclaje en quienes participan si logramos que se involucren emocionalmente

Por qué hablamos de talleres en un espacio no convencional

Los talleres convencionales se realizan en:

- Ámbitos cerrados, habitualmente un aula o una habitación.
- Población cautiva y que permanece estable durante todo el taller (alumnos, internos de institutos, etc.).
- Tiempo previo estipulado (acuerdo de duración).
- Concurrencia voluntaria o impuesta por una institución.
- Temática conocida con anterioridad.

Todo esto no ocurre en lo que nosotras dimos en llamar:

Talleres no convencionales:

- Se realizan en un espacio abierto y público (sin paredes que li-

miten espacio).

- Población móvil, hay un grupo nuevo en cada taller y cada encuentro es único.
- Muchos de los que comenzaron el taller no están al finalizar, pero se han incorporado otros.
- El tiempo de duración es variable, depende de cómo se sostiene.
- Son sorpresivos, no hay un acuerdo previo.
- Los que van a participar no saben con anterioridad de que se va a hablar.

¿Por qué marcamos estas diferencias?



Si en un ámbito con esas características se puede trabajar, y con resultados positivos, se desprende que es posible replicar el modelo en otros ámbitos no convencionales, como ser la sala de espera de un centro de salud, un comedor comunitario, un club o cualquier otro espacio donde se reúnan jóvenes con otro propósito, y abordar allí distintas temáticas.

Lo único que se debe tener son objetivos claros sobre lo que se quiere trabajar.

Consideramos que los talleres en sala de espera:

- Constituyen un lugar donde se trabaja con la palabra, con el cuerpo, con las emociones, "haciendo en grupo", bajo la supervisión de la coordinación.
- Favorecen la acción-reflexión llevada a cabo por los participantes, ya que nunca se presenta como un conjunto de respuestas definitivas.
- Son un espacio para plantear problemas reales y discutir/disenñar sobre posibles soluciones.
- Sensibilizan y motivan para que se decida por sí mismo
- Es importante realizarlos con los valores del grupo con que se

trabaja

Roles de la coordinación

- sensibilizar y motivar a los participantes
- proporcionar información o corregirla cuando es errada
- tender a que se piense y razone
- favorecer el diálogo y la discusión
- orientar la discusión cuando se desvía de lo esencial
- hacer aportes teóricos

Pautas a tener en cuenta por la coordinación

- Plantearse desde el comienzo el objetivo que se quiere lograr
- No tener esquemas ni técnicas rígidas, sino tener plasticidad para cambiar de dinámica sobre la marcha.
- Favorecer el trabajo de los participantes en la obtención de pistas para el desarrollo de los contenidos
- Respetar los silencios que se producen en el grupo, en espera de que sean llenados con la palabra de los asistentes.
- Valorar y señalar las expresiones emotivas que surgen como risas, miradas cómplices, vergüenza, etc.

Esta propuesta de trabajo se sustenta en la existencia de un equipo interdisciplinario constituido por psicólogas, médicas, médicos, trabajadoras sociales que, en forma sostenida, analiza la dinámica de los talleres.

Metodología de trabajo

En términos generales, los momentos del desarrollo del taller son los siguientes:

- Salida de coordinadores a la sala de espera. Este es un momento de disrupción ya que sorprendemos a quienes esperan pasivamente para ser atendidos y les propondremos participar en una actividad desconocida. Lo llamamos “salir a escena”.

- Presentación de coordinadores y encuadre del trabajo.
- Organización espacial de la sala de espera conformando un círculo con los bancos, con la ayuda de los participantes.
- Presentación de cada uno de las personas que van a participar. Para este momento utilizamos alguna técnica lúdica que servirá como caldeoamiento.
- Lanzamiento de una consigna, a la que llamamos “disparador”, y que se adaptará de acuerdo a las circunstancias. Las consignas que se utilizan son breves, directas y buscan impacto. Intentamos que cada asistente confronte con una experiencia de su propia historia. La consigna puede tratarse de:
 - Responder por escrito algunas preguntas frente a una situación problema.
 - Abrir el diálogo a partir de láminas en que gráficamente estén planteadas diversas situaciones.
 - Repartir para su lectura tarjetones con frases dichas y recopiladas en talleres anteriores y abrir el intercambio de opiniones a partir de las mismas.
 - Otras consignas que se van elaborando en el transcurso del trabajo
- Análisis de las temáticas que van aflorando, insistiendo siempre en el diálogo y la confrontación de ideas entre los asistentes. Esta participación con la palabra lleva implícito un componente emocional, requisito que consideramos indispensable para la apropiación de los contenidos.
- Relanzamiento por parte la coordinación de otros temas que no hubieran surgido para ampliar el debate. Aclaración de lo percibido como preocupaciones.
- Cierre por la coordinación, resumiendo el transcurso del taller y, principalmente, haciendo hincapié en que se puede hablar de sexualidad en otros ámbitos como la familia o la escuela, porque de hecho pudimos hacerlo en un espacio público y abierto.

- Encuesta autoadministrada donde dejan por escrito las impresiones sobre el taller
- Reparto de folletería.

Desarrollo de las temáticas

Los talleres en sala de espera habilitan a hablar en un espacio público y a que los y las adolescentes que participan reflexionen junto a sus pares sobre la prevención. Trabajar los prejuicios y los mitos que van surgiendo a lo largo del taller se convierte en un verdadero desafío. Descubrir con sorpresa que conductas y actitudes que creen naturales son en realidad aprendidas, genera espacio para que puedan ser modificadas.

Esta forma de trabajo nos da la certeza de que, más allá de los contenidos abordados, el hecho de poder hablar en este espacio de salud, violencia, discriminación y sexualidad favorece el poder hablar también en otros ámbitos, como en el seno de la propia familia o con amigos. Asimismo, facilita la comunicación en el interior del consultorio médico, ya que amplía la consulta a la temática de la prevención en salud y sexualidad. Por esto último, **consideramos a los talleres en sala de espera como el primer eslabón de la consulta**. Hemos comprobado, además, que existe una mayor adherencia al servicio en aquellos adolescentes que habían asistido a los talleres.

En estas actividades nos encontramos, en relación a la salud reproductiva, con que las adolescentes tienen con frecuencia un conocimiento parcial de los métodos anticonceptivos; es decir, pueden enumerar el qué usar, pero no siempre conocen el cómo usarlo. También refieren no ser consecuentes con su uso. Respecto al preservativo, tanto en las chicas como en los chicos aparece la idea de que es un método sólo para varones. Allí -parecería- las mujeres no tienen nada que ver. Estos temas son tomados por la coordinación con el objetivo de derribar mitos y prejuicios, y, sobre todo, favoreciendo el diálogo entre pares, entre géneros e intergeneracional.

En cuanto a la anticoncepción de emergencia, si se les pregunta sobre la posibilidad de prevenir un posible embarazo, por ejemplo en el caso de una violación o de una única relación sin protección, muchas adolescentes desconocen este recurso. En los últimos tiempos, cada vez

son más las adolescentes que conocen el método, pero desconocen su gratuidad en hospitales públicos, su derecho a solicitarlo aunque sean menores y, sobre todo, tienen ideas erróneas en cuanto a su mecanismo de acción. De todas maneras, existe una gran confusión con “las pastillas”, porque confunden las abortivas con las que inducen menstruación; para ellas son simplemente “las pastillas”. Más allá de la aclaración médica acerca del tema, lo que nos interesa señalar es la ausencia de representación para la prevención que observamos en los talleres. Precisamente en ese punto se centra nuestro trabajo.

Si bien existen diversas leyes que protegen los derechos de niños, niñas y adolescentes en lo referente a salud sexual y reproductiva, en los talleres se suelen encontrar situaciones contradictorias: por un lado, el total desconocimiento sobre la existencia de estas normas, de su derecho a ser -como adolescentes- atendidas aunque no estén con un adulto responsable; y, por otro lado, el hecho de que muchas de las participantes llegan a la consulta solas, para atención anticonceptiva. Es decir que, a pesar del desconocimiento acerca de la legislación, de alguna manera la información circula.

Permitir que aflore la palabra en relación al cuidado de la salud, a la discriminación, a la violencia, a la interrupción de embarazos, a la necesidad de la consulta médica posterior para evitar complicaciones, a la prevención para que no se repita otro embarazo no buscado, al maltrato y abuso, etc., se han constituido en los principales objetivos de los talleres.



Creemos que este “poder hablar” en el grupo y con el grupo es mucho más propicio para la prevención que dar una mera información, que por otra parte muchos jóvenes ya tienen.

Como trabajamos 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 inscriben más manifiestamente en el cuerpo.

Estos son algunos de los puntos que planteamos en los talleres:

- ¿Que hace el varón frente al embarazo de su pareja? Esta pre-

gunta es respondida en primera instancia como: “el varón se borra”, “se toma el buque”. 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”. El uso del preservativo, la doble protección y el análisis de la resistencia del varón a su uso son los temas que se abordan con un enfoque basado en las diferencias de género.

Cómo trabajamos los derechos

Creemos que hablar de los derechos en este espacio les da a los y las jóvenes herramientas para poder utilizar 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 protegen a los y las adolescentes, más allá de su edad. (Durante el transcurso del taller, circulan versiones impresas de las principales leyes).

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

Tratamos de que se apropien de los recursos de los que disponen y de los que existen en las instituciones. Y, sobre todo, de que hagan valer sus derechos para que se cumplan.

Cómo trabajamos el tema del aborto

Al comienzo de esta experiencia (año 2002), cuando alguna adolescente hacía referencia al aborto como solución para un embarazo

no deseado, quienes coordinábamos no nos animábamos a abordar libremente el tema teniendo en cuenta que nos encontrábamos en un espacio abierto y público. La autocensura obraba como una traba. A medida que fue transcurriendo el tiempo, la mención del aborto por parte de las adolescentes fue apareciendo cada vez con más frecuencia en el interjuego de los talleres, ya sea como conducta de alguna amiga o como inquietud. Por tal motivo, nos vimos en la necesidad de generar un espacio de reflexión dentro del grupo de coordinación y con los otros profesionales del servicio para adoptar criterios coherentes. Es así como, últimamente (a partir de finales del 2003 hasta la actualidad), no solo no soslayamos el tema del aborto sino que, por el contrario, utilizamos consignas que faciliten la discusión sobre 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 qué 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 esta realidad irrefutable, es necesaria y urgente una reflexión en el campo de la salud sobre las estrategias a implementar.

Creemos que abrir el espacio en los talleres a la problemática del aborto nos permite hablar sobre sus riesgos, asociados a la inequidad



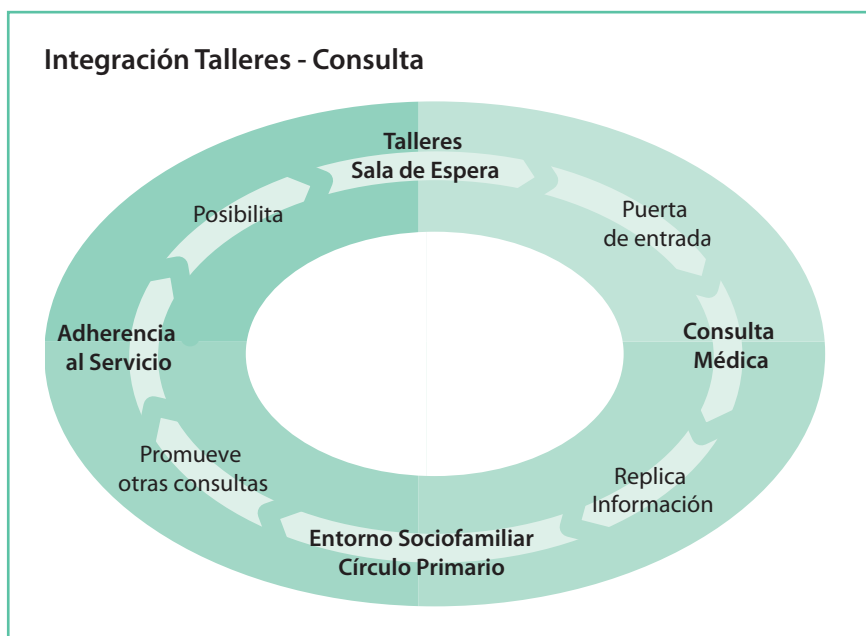
social, sobre la necesidad de la consulta pre y postaborto, y principalmente de la práctica anticonceptiva posterior.

Qué se llevan de los talleres:

- Que existen servicios amigables para su atención.
- La importancia del cuidado de la salud.
- Que se puede hablar de sexualidad libremente, lo que facilita a posteriori la comunicación dentro de su círculo primario.
- El conocimiento de que existen leyes que los protegen.

Lo que observamos es que los talleres:

- Contribuyen a transformar el ámbito del la sala de espera en un espacio amigable donde se escucha a los y las adolescentes que participan, se les da la palabra y se favorece el diálogo intergeneracional.
- Modifican las consultas posteriores, observándose en éstas la inclusión de temas no previstos, particularmente los referidos a sexualidad.
- Estimulan el comentario de lo escuchado con sus pares y familiares.



A modo de cierre

Llegar a las palabras finales de esta segunda parte nos lleva a reflexionar acerca de la importancia de haber podido realizar todo lo aquí descrito en el ámbito de un hospital público. El trabajo lo desarrollamos en un marco que delimita, pero que a su vez conforma.

El aval institucional brindado por la Dirección del Hospital Argerich, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, así como por el Ministerio de Salud de la Nación, a través del apoyo a diversas acciones llevadas a cabo en el Servicio, constituyó un importante soporte en el acompañamiento de la tarea realizada a través de largos años.

Pudimos trabajar desde una perspectiva ética, basados en el cumplimiento de los principios de beneficencia y de no maleficencia como fundamento del respeto a las personas, así como del principio de autonomía en cuanto a la toma de decisiones informadas, y de justicia basada en el acceso a la atención sin discriminación de ningún tipo.

Por otra parte, observamos que los cambios en el entorno sociopolítico de nuestro país han permitido que la población usuaria fuese más proclive a participar, a escuchar y a demandar, hecho que sin duda hace más compleja la tarea, pero a su vez la profundiza y le da una dimensión social que la aleja del modelo médico hegemónico.

Dentro de la complejidad de nuestro trabajo, tratamos de encontrar el tiempo para detenernos a pensar acerca de la realidad de los y las adolescentes que llegan a la consulta y que sin duda representan a un espectro mucho más amplio de las poblaciones urbanas de nuestro país. Estas reflexiones sin duda se transforman, dentro de un proceso dinámico, en acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de los y las jóvenes.

V Bibliografía

Autonomía-Confidencialidad y Secreto Médico

GONZÁLEZ VÉLEZ A.C. (coordinación) (2008). *Causal salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. FLASOG-Andar.

CORTESI M.C. Relación clínica con el paciente. *Alcances y límites del secreto profesional en la Argentina*. www.bioetica-debat.org (acceso febrero 2009)

DÍAZ S. (2004) *Ética en la Regulación de la Fertilidad*. En: Bioética. Fundamentos y Clínica.(eds) Perez M. et al.- Ed. Mediterráneo. Santiago. Chile.

FLORENTINO J. *Secreto profesional médico*. Disponible en: www.paideianet.com.ar/sm.htm

GRISSETTI R. (2008). *Nuevas Reflexiones sobre el Aborto y su Denuncia por el Hospital Público*. Rev. Nova Tesis Derecho Penal y Procesal. Nº 8. Marzo-Abril.

LOPEZ KAUFMAN C. et al. *Detección de abuso sexual en un consultorio de adolescencia*. Rev. SAGIJ-V. 13-2006.

LUNA F.; SALLES A. (1995). *Ética teórica y bioética*. En: Decisiones de Vida o Muerte. Ed. Sudamericana. Bs. As.

LUGONES BOTELL M. (2003). *Estrictamente confidencial*. Rev. Cubana Med. Gen. Integr.- 19(2).

MINISTERIO DE SALUD. *Abuso sexual infantil*. Guías de manejo de abuso sexual para los equipos de salud. Plan Federal de Salud.

MINISTERIO DE SALUD. *Violencia hacia Niñas, Niños y Adolescentes. Maltrato y abuso sexual*. Cuadernillo

NUÑEZ CUBELO M.P. (2002). *La confidencialidad médica*. Revista Vitral No. 48 * año VIII .

ROSTAGNOL S. (2003). *La denuncia en la atención de complicaciones postaborto*. Trabajo presentado en el Seminario Monitoreo de las Complicaciones Postaborto organizado por el Foro por los

Derechos Reproductivos. Buenos Aires.

Aspectos Centrales para la Atención de Adolescentes

BANCO MUNDIAL (2008). *Argentina. Los jóvenes de hoy. Un recurso latente para el desarrollo*. Inf. N°38825.

BERNER E. (2002). *Servicio amigo del Adolescente*. Documento metodológico. Consultoría UNICEF.

BIANCULLI C. et al. (1995). *Apoyo a la Atención Integral del Adolescente y su entorno desde una Institución Urbana de la Ciudad de Buenos Aires*. FUSA 2000.

BURT M. R. (1998) *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?*. Documento preparado para la Conferencia sobre salud integral de los adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe. Julio 1996 OPS-F. Kellogg. Washington D.C.

CENEP (FNUAP) OPS- OMS. (2000). *Salud y Desarrollo de Adolescentes Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes. Con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva*.

FERBER H. M. (1996). *El lugar del conocimiento en el equipo interdisciplinario*. Arch. Arg. Pediatr.; 94: 268-270.

FLORENZANO URZÚA R. (1993). *Factores de Riesgo y la Juventud: El Rol de la Familia y Comunidad*. J. Adolesc. Heath Care; 14: 683-689.

FLORES R. E. (2004). *Lineamientos para la provisión de servicios de salud de calidad para los jóvenes en las América*. Organización Panamericana de la Salud. Borrador OPS.

IPPF/RHO Jóvenes (2004). *Estrategias para ampliar el acceso a los servicios Amigables para jóvenes en Brasil, Ecuador y Perú*.

KORIN D. (1997). *El por qué de la interdisciplina en los equipos de salud*. Educación a Distancia en Salud del Adolescente. EDISA, Buenos Aires, Argentina, 7: 79.

KRAUSKOPF D. (2000) "Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia". Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. Costa Rica.

MADDALENO M. (1998 – 2001). *Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas*. OPS / OMS.

MELILLO A., SUÁREZ OJEDA E. N. et al.(2004). *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Editorial Paidós - Buenos Aires.

MORENO E. (1995). *Los Servicios de Salud para los Jóvenes*. Publicado en el Encuentro sobre salud del adolescente en Cartagena de Indias mayo. UNFPA - FNUAO –OPS

OMS-OPS-UNICEF-FNUAP. *Normas-Servicios de salud para los/as adolescentes*.

PASQUALINI D.; HIEBRA M. del C. (1996). *Atención del adolescente. Enfoque integral*”. En *Sociedad Argentina de Pediatría*. Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes. Criterios de Diagnóstico y tratamiento”. Volumen II. Buenos Aires.

PASQUALINI D., BLIDNER J. et al.(1999). *Recorrido de la interdisciplina en la historia de un Servicio de Adolescencia*. Rev. Hosp. Niños Buenos Aires - 41: 350-357.

Reflexiones del taller sobre Servicio Amigo del Adolescente. IV Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente , Rosario, 20 de setiembre del 2001, con aportes de la Dra. E. Moreno y la Lic. D. Krauskopf.

SECRETARÍA DE SALUD. Gob. Bs. As. (2003). *Guía para el primer nivel de atención de la salud – Adolescentes*.

SILVER T., KORIN D. (1992). *Equipo interdisciplinario en la atención de salud de los Adolescentes*. OPS - Manual de Medicina del Adolescente- Washington DC.

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. (2002). *Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes*. Sociedad Argentina de Pediatría; 221-233.

Asesoramiento Integral en Salud Reproductiva

ALLER ATUCHA L. y PAILLES J. (1996). *La práctica del aborto en la Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema*, en Marketing Social, Buenos Aires.

BIANCO M. et alt. (2003). *La Adolescencia en la Argentina: Sexualidad y Pobreza*. FEIM–UNFPA.

BRIOZZO L. (coord.) (2002). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, medico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo. S.M. del Uruguay.

BRIOZZO L. (editor) (2007). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Iniciativas Sanitarias – ARENA - FNUAP – Montevideo .

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS (2007). *Aborto Seguro. Un asunto de Salud Publica*. Disponible en: www.reproderechos.org (acceso febrero 2009)

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. *Las adolescentes necesitan Servicios de aborto legal y seguro*. Disponible en: www.reproderechos.org (acceso febrero 2009):

CHECA S.; ROSENBERG M. (1996). *Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*. Ediciones El Cielo por Asalto, Buenos Aires.

CHECA S. (comp.) (2006). *Realidades y coyunturas del aborto*. Bs. As. Paidós.

DINIZ D. (2006). *Ética, aborto y democracia*. IPPF-CEDES-FEIM . Cuadernillo N° 06.

FAÚNDES A; BARZELATTO J. (2005). *El drama del aborto*. Tercer mundo editores. Bogota.

GOGNA M. (coord.) (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. CONAPRIS. M. de Salud-UNICEF-CEDES.

GOGNA M. (coord.)(2001). *Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes*. Consorcio Latinoamericano en Programas de Salud Reproductiva y Sexualidad. CEDES

IPPF (2006). *Muerte y negación: aborto inseguro y pobreza*. Cuadernillo.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.(1998). *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico: total país 1995*. Serie 4, N° 16, Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2002). *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Total país y división político territorial – Año 2000*. Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2007). *Guía para el mejoramiento de la Atención Post-aborto*. - Plan Federal de Salud.

OMS (2005). *Preguntas clínicas más frecuentes acerca del aborto farmacológico*. Conferencia Internacional. - Bellagio, Italia.

PANTELIDES A., MARIO S.(2006). *Estimación de la magnitud del aborto inducido*. CONAPRIS- Ministerio de Salud de la Nación . En prensa: Rev. Notas de Población. CEPAL-CELADE - S. de Chile

POPULATION COUNCIL. (2002). *Misoprostol y teratogenicidad: revisión de la evidencia*. Informe de Reunión del P. C. New York

RAMOS S.; GOGNA M. et al. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto*. CEDES.

RAMOS S.; ROMERO M. et al.(2004). *Para que cada muerte materna importe*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación – CEDES.

SANSEVIERO R. (2003). *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Centro Internacional e Información para la Paz. Montevideo.

VÁZQUEZ S.; GUTIERREZ M.A. et al. (2006). *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.-Paidós. Bs.As.

VÁZQUEZ S.; CALANDRA, N. et al. (2004). *Aborto: una práctica silenciada y silenciosa en los/as adolescentes*. Rev. SAGIJ - V11. N° 3.

VAZQUEZ S.; CALANDRA N. et al. (2006). *Un nuevo desafío en la atención de Adolescentes*. Consejería pre y post aborto. Rev. SAGIJ – V 13 N° 3.

VÁZQUEZ S. (2007). *Prevención del 2º embarazo no buscado en la adolescencia*. Informe final beca Carrillo-Oñativia. Ministerio de Salud de la Nación.

ZAMBERLIN N. (2007). *El aborto en la Argentina*. IPPF-CEDES-FEIM . Cuadernillo N° 03.

Talleres en Sala de Espera

AGUILAR M. J. (2001). *Técnicas de animación grupal*. Ed. Espacio, Buenos Aires.

ANDER-EGG E. (1993). *El taller, una alternativa para la renovación pedagógica*. Magisterio del Río de la Plata. Bs. As.

ANZIEU D. (1971). *La dinámica de los pequeños grupos*. Cap. 1, *El Concepto de Grupo*. Ed. Kapeluz, Buenos Aires.

BOSISIO W.(2002) *Diagnóstico sociosanitario de la población adolescente y joven del área programática del Hospital Argerich*. Informe final. UNICEF.

CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES del GABA. (2005). *Nuestros Derechos Nuestras Vidas*. Guía de Técnicas participativas. Coord. Fisher L. Bs. As.

ECHEVERRY V.; ZINGMAN F. et al.(2005). *Espacio no convencional para hablar de sexualidad. Talleres en sala de espera*. Rev. Campo Grupal. Año 8 N° 72.

FAUR E. (2003). *¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia* en: *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Comp.: Checa S. Ed. Paidós. Bs .As

FERNÁNDEZ A. M.; TAJER D. (2006). *Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres*. En Checa S. (compiladora); "Realidades y coyunturas del Aborto". Ed. Paidós. Buenos Aires.

GOGNA M. (2001). *Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes*. Bs. As. CEDES.

LEWKOWICZ, I: (2004). *Sobre la destitución de la infancia. Frágil el*

niño, frágil el adulto. En Pedagogía del aburrido. Ed. Paidós. Bs. As.

MANZINI I.; WANG L. (2003). *Prácticas anticonceptivas entre las mujeres jóvenes.* En: *Juventud, Cultura y Sexualidad-* Margulis M.- Ed. Biblos. Bs.As.

PANTELIDES A.; GELDSTEIN R.; Infesta G. (1995) *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia.* Cuadernos del CENEP N° 51. Bs. As.

RAMOS S.; GOGNA M. et al. (2001) *Los médicos ante la anticoncepción y el aborto. ¿Una Transición ideológica?* CEDES. Bs. As.

ZINGMAN F. (2004). *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.



Este libro describe un modelo de atención de adolescentes llevado a cabo por un equipo de profesionales que basa su trabajo en la integralidad y la interdisciplina. La mirada holística en la práctica que se propone, enriquece la atención de la salud, extendiendo su accionar a la promoción y la prevención.

Son pilares fundamentales del modelo, el respeto a la confidencialidad y la preservación del secreto médico dentro de la consulta, así como también el intento de que los y las jóvenes logren decisiones autónomas que favorezcan el ejercicio de los derechos y la mayor equidad entre los géneros.

El abordaje de temáticas conflictivas referidas a la sexualidad y a los derechos reproductivos de los y las adolescentes, en una sociedad muchas veces expulsiva y contradictoria, se abordan en base a la amplia experiencia, conocimiento y compromiso del equipo, en la atención de este grupo etario.

