

**Ministerio de Salud Pública
Dirección General de Salud
División Salud de la Población**

Programa Nacional de Salud Adolescente

31 de octubre de 2007

Coordinadora:

Dra. Susana Grunbaum
Directora del Programa Nacional de Adolescencia. MSP

Equipo de Trabajo:

Dra. Mirtha Belamendia. MSP
Dra. Mariella Bazzano. IMM
Dra. Yeni Hortonedá. RAP-ASSE

Colaboradores:

Dra. Marisa Buglioli. DIGESE. MSP
Dr. Ignacio Iramian. DIGESE. MSP
Prof. Paola Scattone. MSP
Mtro. Diego Rossi. MSP
Dra. Gabriela Garrido. Fac. de Medicina
Lic. Inés Bausero. IMM
Dra. Leticia Rieppi. RAP- ASSE
Dr. Carlos Güida. MIDES. INFAMILIA

ANTECEDENTES

En las dos últimas décadas el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha desarrollado estrategias acotadas, dirigidas a la promoción de la salud de las y los adolescentes, en el marco de los programas dependientes de la Dirección General de la Salud.

En estos últimos años se destaca la adhesión a conferencias internacionales (Convención de los Derechos del Niño 1990, Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994, entre otras); avances conceptuales provenientes de organismos como la OPS, OMS. Asimismo el MSP ha recibido el apoyo de distintos servicios de la Universidad de la República (ej. Programa APEX- Cerro), de los sub sistemas de atención a la salud público y privado, de la Intendencia Municipal de Montevideo, de organismos de cooperación como UNICEF, PNUD, UNFPA, OPS entre otros, así como de diversas ONGs, lo que permitió ir posicionando una nueva conceptualización de la adolescencia y su vínculo con el sector sanitario.

En este sentido, el MSP ha desarrollado proyectos dirigidos a la población de adolescentes desde distintas modalidades. En la última década podemos señalar:

- Red Metropolitana para la Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes – Espacio de coordinación intersectorial e interinstitucional, coordinada por el Área de la Juventud de DIPROSA y luego División Salud de la Población (1995 - 2004)
- Proyecto Promoción de la Salud Materno Infantil y del Adolescente, MSP– UNICEF (1996 – 1998)
- Proyecto de Salud Reproductiva “Maternidad Paternidad Elegida”. Área Educación para la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes (UNFPA) (1998 – 2000)
- Área Adolescencia del Proyecto Reducción de la Mortalidad Infantil (FISS) del Departamento Materno Infantil. Área Comunitaria. DIPROSA (1998 – 2000)
- Proyecto de Publicación *VIH SIDA entre los Jóvenes* en el marco del Programa Nacional de SIDA y otras instituciones (ANEP – CODICEN, ONUSIDA, 2000)

La mayoría de dichos proyectos contaron con financiación parcial de organismos de cooperación internacional. Los proyectos mencionados, enmarcados en programas verticales sin involucrar al conjunto de las instituciones que componen el sector salud y con debilidades desde la rectoría para controlar su cumplimiento no lograron la continuidad necesaria en las sucesivas administraciones, en un contexto de cambios frecuentes en la conducción y en los lineamientos de dicha Secretaría de Estado.

Las acciones desarrolladas dirigidas hacia la población adolescente desde el MSP incluyeron: elaboración de un *Plan Nacional de Infancia, Adolescencia y Salud Reproductiva* (1999); redacción de las Normas de Atención a la Embarazada Adolescente (1998) y de Normas de Atención a la Salud Integral de Adolescentes (1999 – 2003); elaboración de proyectos locales desde las escuelas públicas de todo el país (1996 – 1998) y de liceos (Jornadas de Diálogo sobre Afectividad, Sexualidad y Salud); edición de manuales de prevención (Escucha, Aprende y Vive, del PNSIDA, 2000); elaboración de material audiovisual (conjuntamente con UNICEF, FISS, UNFPA, 1999), folletería (1996 – 2000), así como coordinación interinstitucional a través de la Red Metropolitana para la Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Si bien estas acciones contaron con la participación activa de diversas instituciones, el MSP no desarrolló líneas programáticas explícitas y coordinadas entre los diferentes programas y proyectos. Así mismo, las normativas elaboradas desde la DIGESA no instrumentaron mecanismos de supervisión en su aplicación. Las actividades desarrolladas, finalizaron una vez agotadas las líneas de financiamiento provenientes de la cooperación internacional, sin lograr impactos sanitarios significativos.

En el período 2000 – 2004, las acciones dirigidas a adolescentes fueron muy limitadas.

El Programa de Apoyo a la Infancia, la Adolescencia y Familia en Riesgo (INFAMILIA) ubicado en el período 2002 - 2004 en la Secretaría de la Presidencia de la República, pasó a formar parte del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) cuando asumió el actual gobierno. Este programa diseñó y coordinó conjuntamente con el MSP (DIGESA y ASSE) el Sub Componente 1.4 “Prevención del embarazo precoz”, asumido por la actual administración. Hasta el momento, la co-ejecución de ambos ministerios ha logrado el establecimiento de 7 espacios adolescentes en Montevideo y 11 en el resto del país.

Hubo actividades limitadas en el Área de Salud del Instituto Nacional de la Juventud (INJU), en el Programa Adolescentes de la IMM, en la Dirección de Programas Especiales de CODICEN, Consejo de Educación Primaria y Consejo de Educación Secundaria.

Se identificaron diferentes modelos en la orientación de proyectos del MSP hacia las y los adolescentes y cierta disociación de estos emprendimientos entre la dimensión rectora (DIGESA) y la dimensión asistencial (ASSE).

En suma, si bien se reconocen algunos antecedentes en acciones dirigidas hacia la adolescencia uruguaya por parte del MSP en los períodos anteriores, los mismos han sido fragmentados, discontinuados en el tiempo así como escasamente priorizados en el contexto de la promoción y atención. La atención a la salud en la adolescencia, reviste aún importantes carencias. Las recomendaciones para la atención integral publicadas en el 2003 por parte del MSP, no han sido suficientemente difundidas ni aplicadas. Han sido escasos los espacios de atención diferenciada para adolescentes y se reconoce por parte de los profesionales la ausencia en la formación y en la actualización, primando un enfoque asistencialista, centrado en algunos aspectos de la salud en la adolescencia.

SALUD Y ADOLESCENCIA EN EL CONTEXTO ACTUAL

“Adolescencia es un MUNDO” dice la Lic. Josefina Dartiguelongue, “y el mundo adolescente es el mundo inestable, exultante, doloroso y aletargado, de la alborada de la identidad. De la instalación en el cosmos. De la conciencia del deseo. Del saber, que sabe que sabe y que sabe que ignora, y del buscar la diferencia, que puede ser paso o abismo... De la danza conflictiva entre Eros y Thánatos. Del dolor y la tensión del desequilibrio entre ambos y de la herida y el anhelo de creatividad y reconocimiento. Del ser lugar del encarnizamiento de los modelos estructurales, que impulsan por un lado a crecer y por otro lado no dan oportunidades educativas, que estimulan a la excelencia, y no permiten salidas laborales, que alaban la eficacia y generan jóvenes escépticos en situación de encrucijada, que exigen responsabilidad y bloquean la esperanza(...).

Adolescencia es un MUNDO... ”¹

“Debe entenderse este mundo, como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema de desarrollo biopsicosocial de un ser humano; etapa compleja, “descubrimiento de la modernidad” al decir de Barrán, que tiene una temporalidad regulada por la cultura social que la sustenta”². Es así, un proceso de construcción social que determina la existencia de distintas “adolescencias-juventudes”;³ En este sentido es útil la frase de Pérez Islas (...) la territorialización de este proceso obliga a replantear el concepto genérico en una reflexión más particular, que tiene que ver con la forma de ser joven de una manera específica en una región, en una ciudad, un barrio o una comunidad concreta; donde (...) se contradice permanentemente el concepto occidental urbano-centrista de La Juventud (con mayúscula) haciéndonos ver que más bien existen juventudes en plural y minúsculas”³. A lo que agregamos, al decir de Donas: “es necesario el reconocimiento de la heterogeneidad en el mundo juvenil”⁴ y adolescente.

“Adolescencia en términos históricos es una noción relativamente reciente. Actualmente debemos concebirla como una categoría evolutiva con derecho propio y atravesada por dinanismos psicosociales extremadamente específicos y no meramente como un momento de pasaje entre los dos grandes momentos de la infancia y la adultez”. “El siglo XXI encuentra entonces a los llamados adolescentes cómodamente instalados allí desde los 8-9 años y hasta prácticamente el final de la década de los 20 años, fenómeno determinado por factores tales como: la revolución científico-tecnológica, la llamada “condición posmoderna”, la globalización del mercado y los mass media, la crisis de las funciones protectoras del Estado nación y de sus instituciones y los cambios en la familia y la subjetividad”¹

Cabe señalar que existen diferentes criterios para delimitar este proceso socio-histórico-cultural:

La OMS (1990) operacionalmente lo ha definido como el período de la vida que transcurre desde los 10 a los 19 años² y que se divide en “adolescencia temprana” de 10 a 14 años y “adolescencia tardía” de 15 a 19 años³; otros autores, clasifican a la adolescencia en temprana (10 a 13 años), intermedia (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) relacionando estas etapas a los distintos estadios de maduración sexual.

El criterio cronológico que se seguirá, si bien no conceptualiza a las “adolescencias” es útil para ordenar la información acerca de esta etapa y para delimitar las acciones que se llevarán a cabo a partir de este Programa.

1 Dartiguelongue J. La Adolescencia como tiempo. En: De Rosa R, compilador. Adolescencia. Bs. As. : Ed. FADA (Federación Argentina de Adolescencia); 2002.

2 Abal A, Cheroni A, Leopold S. Adolescencia e infracción. Una aproximación a la construcción subjetiva . Montevideo: Cenfores. Ed. Rosgal S.A.; 2005.

3 Filardo V, compiladora. Tribus urbanas en Montevideo. Nuevas formas de sociabilidad juvenil. Montevideo: Ed. Trilce; 2002.

4 Donas Burak S. Adolescencia y juventud en América Latina. Costa Rica: Ed. Lur; 2001.

1 López Gómez A, compiladora. Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población urugaya. Montevideo: UNFPA; 2006.

2 Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suárez Ojeda E. Manual de medicina de Adolescencia Nº20. Washington D.C. : OPS. Ed Paltex; 1992

3 Falke G. Medicina del Adolescente. Salud Integral del Adolescente. En: Germán Falke. Adolescencia, Familia y Drogadicción. Argentina: Ed. Atlante; 1998.

Perfil demográfico

El Comité de los Derechos del Niño de Uruguay en su “Informe de la aplicación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño en Uruguay, 1996-2000” habla del país “congelado”: “Uruguay hace 50 años representaba el 1.3% de la población total de América Latina y el Caribe; hoy su población se redujo al 0.6% previéndose un descenso aun mayor en el 2025. Desde el punto de vista demográfico, el Uruguay asiste a un proceso de “post-transición caracterizado por la baja tasa de crecimiento y el envejecimiento de la estructura de edades de la población, ubicándose así como el país “de mayor edad” en América Latina”⁴.

“En el contexto de su proceso temprano de transformación demográfica, tanto las bajas tasas de fecundidad que se han mantenido relativamente estables por más de medio siglo como los procesos estructurales y recientes de emigración internacional hacen que contemos con una población envejecida cuyo proceso parece intensificarse en los próximos años.”⁵

Este fenómeno migratorio “tiene consecuencias doblemente envejecedoras en la estructura demográfica: por un lado, la propensión migratoria es mayor entre las personas jóvenes; por otro, es en estas edades que las parejas tienen hijos, los cuales emigran acompañando a sus padres o nacen en los países de recepción.”⁶

“Este patrón demográfico ha ubicado al país como una nación con patrón “europeo”, de natalidad controlada, aumento de la expectativa de vida, familias con 2 hijos promedio entre otras características.

Estos análisis, que manejan indicadores promedios, ocultan un importante conglomerado poblacional de exclusión social y pobreza que presenta otros perfiles sociodemográficos muy distintos, más próximos a los que se ven en países tan pobres como Haití ó Honduras.”⁷

“Los problemas demográficos del Uruguay de hoy combinan un mosaico de comportamientos heterogéneos, algunos tienen mucho que ver con problemáticas del subdesarrollo (pobreza, desigualdad social) y otros tienen mucho que ver con fenómenos propios de los países desarrollados (envejecimiento, fecundidad a punto de caer por debajo del nivel de reemplazo, 2ª transición demográfica). La problemática en Uruguay no es nueva, somos una sociedad envejecida hace más de medio siglo”⁸

4 Comité de los Derechos del Niño del Uruguay. Informe: incorporación de los derechos del niño a las políticas públicas en el Uruguay; Seminario IMM, Montevideo, 2000.

5 López Gómez A; 2006: O. cit.

6 Calvo J, Pellegrino A. Veinte años no es nada... En: Gerardo Caetano, compilador. Veinte años de democracia. Uruguay; Ed. Taurus; 2005.

7 Comité de los Derechos del Niño del Uruguay: O. cit.

8 López Gómez A; 2006: O. cit.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del Censo 2004⁹, la población uruguaya asciende a 3.305.723 habitantes; 93.5% ubicada en área urbana y 6.5% en área rural; 51.7% de sexo femenino y 48.3% de sexo masculino; “7% de la misma es de origen afrodescendiente. Es importante tenerla en cuenta ya que se trata de una población con mayor pobreza, índices de deserción escolar más altos, mayor número de embarazos adolescentes y mayor participación en el trabajo infantil.”¹⁰

Entre 10 y 14 años el total de adolescentes es de 270.922 y entre 15 y 19 años de 264.527. Según la definición de la OMS, son entonces adolescentes 535.449 habitantes, es decir, el 16,19 % de la población; 51.09% de sexo masculino y 48,91% de sexo femenino; 92,22% de esta población vive en zonas urbanas.

A pesar de que se han desarrollado diversos diagnósticos acerca de la situación de la adolescencia en Uruguay por parte de organismos gubernamentales, de agencias de las Naciones Unidas, de la Universidad de la República (UDELAR) y de algunas Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) en los últimos años, la información disponible sobre indicadores de salud en la adolescencia es parcial.

De todas formas, se analizan a continuación algunos indicadores que nos acercan a la situación de las y los adolescentes uruguayas/os:

Cobertura asistencial

Según datos del INE en el año 2005 casi 3% de la población total del país no tenía cobertura en salud; el 61,2 % de los menores de 14 años obtuvo esta cobertura en áreas del MSP, mientras que 25,7% la recibió en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs).

UNICEF informa que en el año 2005 un 4,2% de las y los adolescentes entre los 13 y 17 años no poseen ninguna cobertura de salud.¹¹

En el año 2006 y en el ámbito público, la Red de Atención del 1^{er} Nivel- ASSE-MSP (RAP) brindó asistencia a 56.092 adolescentes lo que correspondió al 19.2% de la población atendida por esta institución. La mayoría, 10.4%, fueron adolescentes tempranos distribuidos por sexo en forma similar y 8.8% adolescentes tardíos con predominio del sexo femenino.

Pobreza

Desde mediados de la década de los 90, comienza a acentuarse la situación de pobreza y extrema pobreza en los hogares con niños y adolescentes, adquiriendo dimensiones aún mayores en los primeros años de esta década, proceso reconocido como “infantilización de la pobreza” (Juan Pablo Terra, 1980). Esto no sólo dice que los niños se concentran en los hogares más pobres, sino que hace referencia a la exclusión de los más pobres de oportunidades de desarrollo en iguales condiciones que otros sectores; los adultos que

⁹ INE. Censo 2004, Fase II. Se consigue en: URL: <http://www.ine.gub.uy>.

¹⁰ Comité de los Derechos del Niño del Uruguay: O. cit.

¹¹ UNICEF. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2006. Montevideo: Tradinco SA; 2007.

integran estos hogares se caracterizan por poseer los menores niveles de educación lo que determina mayores dificultades para su inserción en el mercado laboral.

UNICEF 2005¹² señala que el número de niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza, en el período 1999 – 2004, ha evolucionado de 210.000 a 380.000. Asimismo, la indigencia en la niñez y adolescencia uruguaya creció considerablemente en un breve período: de 24.000 (2000) a 60.000 (2004). Los menores de 18 años, que representan el 27.2% de la población total, son el 55,9% de los indigentes.

En el mismo documento se afirma que el porcentaje de niños, niñas y adolescentes pobres tiene una distribución heterogénea. Los departamentos limítrofes con Brasil (Artigas, Rivera y Cerro Largo) registran cifras de pobreza que se encuentran entre el 58,6 al 68,4%. También los departamentos del litoral, mantienen cifras que superan el 50%. Montevideo es también un mosaico de situaciones críticas; la pobreza en general para el 2004, muestra una incidencia de 31,7% y la indigencia el 4,7%. Entre los menores de 18 años el indicador pobreza, asciende al 52,9%. Dicha población se encuentra distribuida territorialmente con mayor intensidad en la periferia de la capital, mostrando allí una modalidad que ha significado una amplificación de la concentración geográfica de la pobreza: los asentamientos irregulares; el 76% de los 174.000 habitantes que viven en esta situación residen en Montevideo y 1 de cada 2 personas que reside en asentamientos es menor de 20 años.

UNICEF 2006 dice que “una de las conclusiones más preocupantes que surgen de la información disponible es la creciente concentración territorial de la pobreza, especialmente en las periferias de las principales ciudades”¹³. En los seis barrios con mayor índice de pobreza de Montevideo “8 de cada 10 personas menores de 18 años vivían en situación de pobreza, 4 de cada 10 en situación de pobreza extrema y 2 de cada 10 en situación de indigencia” Más aun, los asentamientos irregulares que en el 2000 eran 464 (en Montevideo 364, y el resto en el interior) “la cifra se incrementó sensiblemente y en 2006 se llegó a 676 asentamientos: 412 en Montevideo y 264 en el resto del país, incluyendo 20 en las áreas rurales.”¹⁴

Para De Armas, “El añorado *Uruguay batllista*, que la democracia posdictadura pretendió afanosamente restaurar parecería haber cedido paso en los últimos años a una típica sociedad latinoamericana; una sociedad en la que uno de cada tres, o uno de cada dos- según el diagnóstico que se tome- vive bajo la línea de pobreza; una sociedad en la que la desigualdad económica se ha naturalizado; una sociedad en la que la segregación residencial aparece casi como la única transformación urbana a exhibir”.¹⁵

Según UNICEF 2006, en la actualidad, la infancia y la adolescencia, (0 - 17 años) contribuyen con el 49,4 del total de pobres en el año 2005. El porcentaje de adolescentes de 13-17 años pobres corresponde en ese año a 43,1% del total de adolescentes.

12 UNICEF. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2005. Montevideo: Tradinco SA; 2006.

13 UNICEF; 2007: O. cit.

14 Ibídem.

15 Calvo J : O. cit.

“Tras la recesión económica que el país experimentó a comienzos de este decenio, el año 2005 marca un punto de inflexión: por primera vez en seis años Uruguay registra una reducción de los niveles de pobreza e indigencia en el conjunto de la población, y en todos los grupos de edad, así como una leve mejora de la distribución del ingreso (INE 2006: 3, 5 y 11) Si bien la reducción del porcentaje de población en situación de pobreza observada entre 2004 y 2006 ha sido leve (de 31,9% a 27,4%), merece ser destacada (...)”¹⁶

Si bien se asiste a una promisorio disminución de la pobreza, “debemos llamar la atención con respecto a un hecho: la reducción del porcentaje de población en situación de pobreza en estos dos últimos años fue mayor entre la población adulta que entre los niños y adolescentes”.¹⁷

Para dar respuesta a esta problemática, el actual gobierno crea el Ministerio de Desarrollo Social que implementa, entre otras medidas, el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES) que a través de sus distintos componentes asiste a 337.240 uruguayos desde abril 2006. El 56,7% de la población que recibe dicha asistencia es menor de 18 años. “De estos el 66% vive en condiciones de hacinamiento y un 17% no tiene servicio sanitario”¹⁸.

La proporción de niños, niñas y adolescentes en los hogares beneficiarios del ingreso ciudadano continúa siendo significativamente superior a la que se constata en el total de la población uruguaya.

Es de hacer notar que a partir del año 2005, “resulta positivo constatar que en el país comienza a disminuir, aunque levemente, la incidencia de la pobreza”¹⁹, “que puede deberse al aumento promedio del 1.4 puntos en el salario real, al aumento del salario mínimo nominal, al incremento en el nivel de empleo, y a la ampliación de la cobertura del plan de emergencia social que tiene un impacto en el ingreso de los hogares más pobres”²⁰

Educación

Si se analiza como indicador de derecho y como uno de los componentes del nivel de vida a la educación, se debe tener presente que según datos del INE-2006, en Uruguay el analfabetismo alcanzó al 1.3% de la población entre los 15 y 20 años, porcentaje que aumenta en la población masculina y que se triplica en aquellos que viven en asentamientos.

Se debe aclarar que esta cifra hace referencia a aquellas personas que declararon “no saber leer ni escribir”. Según el Anuario 2005 el analfabetismo es un fenómeno más complejo y en su definición debería tenerse en cuenta que hay individuos que “más allá

¹⁶ UNICEF; 2007: O. cit.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Infamilia: Ajustes, avances y desafíos. 27/03/07 Se consigue en URL: <http://www.joveneslac.org>.

¹⁹ MIDES. La situación de la infancia y la adolescencia en Uruguay. Montevideo: 2006. Se consigue en URL: <http://www.joveneslac.org>

²⁰ Ibidem.

de haber pasado por el sistema educativo o declarar “saber leer y escribir”, en los hechos su conocimiento no constituye habilidades suficientes de lectoescritura que le permitan desenvolverse en el ámbito cotidiano, personal y laboral (este fenómeno es conocido como analfabetismo funcional). De hecho, podría inferirse que, en términos generales, el grupo de individuos que no culminó la enseñanza primaria se encuentre seguramente en esta situación.” “ Al observar el nivel más alto alcanzado por la población de 25 y más años de edad, se destaca el hecho que más del 15% no completó la enseñanza primaria”.²¹

En este “ámbito privilegiado para la generación de activos (conocimientos y competencias para la vida laboral y social, por ejemplo) y el bloqueo de pasivos (trabajo infantil, por ejemplo)”²², “en el año 2005 la tasa de culminación del ciclo primario a los 13-14 años es de 87% y a los 15-16 años de 96.3%”²³. Se debe tener presente que la probabilidad de no ser pobre depende en un 80% de que un individuo haya logrado concluir al menos 12 años de estudios.²⁴

Sólo 4 de cada 10 jóvenes uruguayos y uruguayas de medio urbano entre 21 y 22 años han logrado culminar su educación media, relación que es inferior entre los varones. La población que cursa nivel terciario de 18 años y más es de 12.6%²⁵.

El retraso escolar (no correspondencia entre la edad del niño y el año que cursa) se considera un indicador de exclusión social. En Montevideo el 17% de las personas entre 8 y 15 años presenta un retraso con respecto al año escolar²⁶.

Otras características del sistema educativo que deben tenerse en cuenta son:

ausentismo; que determina un proceso de abandono progresivo; según datos del Anuario de Educación 2005 es “a partir de los 13 años que comienza un proceso de caída sistemática de la asistencia. Dicho proceso es más pronunciado en los hogares de menores ingresos”²⁷

repetición: siendo el promedio en Montevideo del 22%; más alta en los primeros años escolares y concentrada en los contextos socioculturales más desfavorables.²⁸

En la educación media, “algo menos de 1 de 4 estudiantes de 1º a 4º año, no han promovido en el 2005”²⁹

21 MEC. Anuario Estadístico de Educación 2005. Montevideo: 2006. Se consigue en URL: <http://www.inau.gub.uy>

22 MIDES. Informe: La situación de la infancia y la adolescencia en Uruguay. Se consigue en URL: <http://www.joveneslac.org>

23 UNICEF; 2006 : O.cit.

24 Maddaleno M, Morello P, Infante-Espinola F. Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública de México / vol 45, suplemento 1 de 2003.

25 UNICEF; 2006: O.cit.

26 UNICEF; ibídem

27 MEC; 2006: O. cit.

28 UNICEF; 2006: O. cit.

29 MEC; 2006: O. cit.

abandono: el 44% de los varones menores de 15 años y 35% de las mujeres de la misma edad, abandonan sus estudios en el ciclo secundario; siendo este proceso más intenso en las áreas rurales.³⁰

Según el Anuario 2005, "el 26% de los jóvenes de 15 años de los hogares de menores ingresos no asiste a ningún establecimiento educativo. A los 17 años esta cifra asciende a 48% y 61% a los 18"³¹.

Quienes son excluidos del sistema de enseñanza no suelen reingresar; la mayoría de ellos proviene del 25% de los hogares más pobres.³²

En el Uruguay urbanizado, 1 de cada 10 adolescentes no trabaja ni estudia³³. Según el Observatorio de Unicef 2006³⁴ el porcentaje de adolescentes de 14 a 17 años según condición laboral y educativa 2005 se distribuye de la siguiente manera:

- sólo estudian = 78,4% (porcentaje que disminuyó con respecto al 2004)
- estudian y trabajan = 3,6% (porcentaje que se mantiene casi sin cambios)
- sólo trabajan = 5,0% (porcentaje que se mantiene casi sin cambios)
- no estudian y no trabajan = 13,0% (porcentaje que aumentó en prácticamente un 2% respecto al año anterior)
- el porcentaje de adolescentes de 14 a 17 que no estudian, no trabajan, y no buscan empleo en 2005 es de 9,2%; según sexo: el 8,8% de los varones de esa franja etaria y el 9,7% de la mujeres de similares edades. Estos porcentajes aumentaron con respecto al año 2004

Este hecho: "no estudiar, no trabajar y no buscar trabajo" es lo que se conoce como "desafiliación institucional"³⁵, lo que significa la desvinculación con las fuentes de conocimiento, experiencia laboral y contacto social e implica la interrupción del proceso de incorporación de posibilidades para el acceso al bienestar.

Uno de los objetivos de las actuales políticas de educación es alcanzar la universalización de la cobertura lograda en la Enseñanza Primaria para el Ciclo Básico de la Educación Media; sin embargo "resulta alarmante el detenimiento de la expansión de la misma en la franja etaria comprendida entre los 13 y los 17 años"³⁶; entre 2003-2005 la matrícula en enseñanza secundaria disminuyó en algo más de 13.300 alumnos, así como también se sugiere una baja en las tasas de asistencia ³⁷(Anuario 2005).

Según expresión del Anuario de Educación 2005, "en lo que refiere al género, se podría

30 UNICEF; 2006: O. cit.

31 MEC; 2006 : O. cit.

32 UNICEF; 2006 : O. cit.

33 *Ibidem*.

34 UNICEF; 2007 : O. cit.

35 De Armas G. De la sociedad hiperintegrada al país fragmentado. Crónica del último tramo de un largo recorrido. En: Caetano G: O. cit.

36 MEC; 2006: O. cit.

37 MEC; 2006: O.cit.

afirmar que, en términos cuantitativos la matrícula de nuestro sistema educativo no presenta sesgo alguno en perjuicio de las mujeres. Por el contrario, es predominantemente femenina en la educación media y en los niveles superiores. Tanto en el nivel inicial como en el primario, es posible encontrar proporciones idénticas de varones y niñas, con un leve sesgo de hombres. En lo que respecta a los restantes niveles, con excepción de la enseñanza técnica cuyo perfil es masculino (57% de hombres), predominan las mujeres como proporción de matrícula. Este predominio se hace particularmente significativo al analizar la educación terciaria. En este nivel, 6 de cada 10 alumnos matriculados son mujeres. Probablemente esta cifra sería más significativa aún si se contara con la información de formación docente discriminada por sexo”³⁸

Se destaca que “el País atraviesa una etapa especialmente fermental en un contexto de discusión y de cambios. La educación pública, puesta en debate en el conjunto de la sociedad, enfrenta el desafío de pensar y redefinir su papel en el marco del Debate Educativo hacia un Congreso de la Educación”.

En los diferentes subsistemas se analizan y reformulan planes y programas. Este marco participativo y de cambios resulta pertinente para concretar la incorporación de Educación Sexual en los diferentes niveles del sistema educativo, recogiendo la aspiración de docentes, padres, estudiantes y ciudadanos de todo el país.³⁹

Es en este contexto que en diciembre 2005 y dentro del “marco de sus cometidos y competencias el CODICEN de la ANEP ha visto necesario y pertinente incorporar la Educación Sexual en el Sistema Educativo Formal en el ámbito de la formación integral de la niñez y adolescencia”, proyecto “basado en un contexto de Desarrollo, Salud y Derechos que potencie la construcción de ciudadanía en el ámbito democrático, laico y plural definido por la Constitución de nuestro país”⁴⁰.

Trabajo

“El trabajo es un derecho económico y social de los adultos”⁴¹

Según la ECH-INE 2007 la tasa de actividad total del país en el trimestre enero –marzo 2007 se ubica en 62,4% mostrando un aumento con respecto al trimestre anterior. Desde un enfoque de género podemos señalar que la tasa de actividad masculina se ubica en el 74,0% y la femenina en un 52,5%, siendo esta última sensiblemente inferior.

En la misma fuente y con respecto a la tasa de empleo del mismo período también se aprecia un aumento de la misma, ubicándose esta tasa en 56,2%, lo que da cuenta de un aumento de los puestos de trabajo básicamente masculinos (69%) mientras que la tasa de empleo femenina es de 45,3%.

38

39 Comisión de Educación Sexual de ANEP-CODICEN. La incorporación de la Educación Sexual en el sistema educativo formal: una propuesta de trabajo. Montevideo: CES; 2007. Se consigue en URL: <http://www.ces.edu.uy>

40 Ibidem.

41 UNICEF. El trabajo infantil y adolescente en Uruguay y su impacto sobre la Educación. Análisis de la situación en la década pasada y el presente. Montevideo: UNICEF; 2003. Se consigue en Url: <http://www.unicef.org>

Una alta tasa de desempleo caracterizó a la sociedad uruguaya en el período previo al 2005: en el año 2000 ,ésta se ubicó en 13,6%; en el año 2002 ascendió a 17%; “los sectores más castigados fueron los jóvenes, las mujeres y la población afrodescendiente”⁴². Según datos del Instituto Nacional de Estadística⁴³ esta tasa se ubicó en guarismos de 13,4% para el total del país en el año 2006, llegando a establecerse en cifras de 9,9% en enero de 2007, “pareciendo consolidarse la estabilidad del desempleo en un dígito con tendencia a la baja que se viene operando sostenidamente desde el año 2003”.⁴⁴

Violencia

El trabajo...”resulta fatal para el disfrute de los derechos de los niños y amenazante para el desarrollo de los adolescentes cuando se constituye en una traba para su educación”.⁴⁵

La incorporación temprana al ámbito laboral, “**trabajo infantil y adolescente**”, es una realidad instalada hace ya tiempo en nuestro país; hoy alcanza a aproximadamente 42.000 niños, niñas y adolescentes entre 5 y 15 años.⁴⁶

Es indudable que de esta realidad los datos que se obtienen muchas veces tienen una máscara de incertidumbre; no se puede olvidar que se trata de una situación que linda entre lo legal y lo ilegal, lo ético y no ético, lo moral y lo que no lo es; más aun, en algunos sectores puede ser hasta bien visto el desarrollo tanto del trabajo infantil como adolescente.

Teniendo en cuenta lo dicho, se rescatan algunos datos:

- El porcentaje de adolescentes de 14 a 17años que trabajan en el 2005 es de 8,6%, registrándose un aumento del 0,3% con respecto al año anterior. Según sexo se puede afirmar que el 12,2% son hombres, porcentaje que ha aumentado en el último año; mientras el 4,8%. son mujeres.⁴⁷
- Interesa destacar que teniendo en cuenta la condición de pobreza, el 11,1% de los y las adolescentes en hogares pobres trabajan y el 6,8% de los y las adolescentes en hogares no pobres también trabajan.⁴⁸
- La educación es un indicador importante para ilustrar la situación de los niños/as y adolescentes que trabajan y las consecuencias en su desarrollo integral. Se recuerda la tendencia descendente que actualmente se está registrando en la cobertura de la enseñanza media así como el importante número de individuos que pueden ser considerados analfabetos funcionales.

42 Comité de los Derechos del Niño de Uruguay. O. cit.

43 INE. Encuesta Continua de Hogares, marzo 2007. Se consigue en: URL: <http://www.ine.gub.uy>

44 *Ibidem*.

45 UNICEF; 2003: O. cit.

46 Día mundial contra el trabajo infantil. Niño, deja ya. Citado el 12 de junio de 2007. Se consigue en: URL: <http://www.montevideo.com.uy>.

47 UNICEF; 2003: O. cit

48 UNICEF; 2007: O. cit.

- En el área rural, la realidad de los y las adolescentes que trabajan adquiere una dimensión diferente. Puestos en la disyuntiva entre estudiar y trabajar, muchos deben optar por la única opción viable en su medio: trabajar.
- Se deben señalar también, la tendencia en ascenso de los llamados "empleos con restricciones" en el período 2001- 2003; es decir, la existencia de trabajadores sub-empleados u ocupados en empleos precarios. Fueron 5.312 los clasificadores mayores de 18 años que fueron censados. Sus hogares están compuestos por 23.400 personas cuya edad promedio es de 23 años. Una población joven; la mitad son menores de 18 años. Se destaca que estas personas forman parte de una estadística nacional que los considera personas "ocupadas".⁴⁹
- 49.9% de quienes trabajan no asisten al sistema educativo.⁵⁰
- De las condiciones en las que trabajan los niños, niñas y adolescentes, poco se sabe.

El trabajo infantil es, por lo tanto, "una de las formas más actuales de violación de los derechos humanos de una parte significativa de la población de los países de América Latina en general, y del Uruguay en particular"⁵¹, donde esta realidad se torna en el momento actual preocupante, visto que la misma "aumenta según datos del INE en la franja de niños de entre 5 y 11 años duplicando esta cifra en el período 1999-2007 de 1% a 2%, siendo difícil revertir esta tendencia debido a que casi siempre se trata de trabajos en sectores informales"⁵²

"**El trabajo sexual**, en el mundo de la infancia y la adolescencia afecta su dignidad humana. Es un problema ligado a estructuras económicas que vulnerabiliza a niños, niñas y adolescentes que no gozan, ni tal vez conozcan, sus derechos humanos."⁵³ Y "Uruguay no está ajeno a la trata de niños y adolescentes"⁵⁴

"Tradicionalmente se ha utilizado la expresión prostitución infantil. Actualmente se ha puesto en revisión esta expresión tendiendo a nominarla como **explotación sexual tradicional**, ya que el término prostitución oculta la naturaleza del comportamiento violento y deja entrever una idea de consentimiento de las víctimas"⁵⁵

También es necesario conceptualizar a esta "esclavitud del siglo XXI"⁵⁶, "como una modalidad de comercio del ser humano"⁵⁷.

Más aun, "todas las formas de abuso y explotación sexual constituyen actos violentos (...) La violencia implica dominación, control de la vida del otro, apropiación y sometimiento. La producción de estas situaciones parten de relaciones de jerarquía y dominación que menoscaban las posibilidades de las víctimas de constituirse como sujeto de derechos."⁵⁸

49 Giaino M A, Mapa Social de la Pobreza. Una caapital, 2 ciudades. Uruguay.Semanario Brecha, octubre 2004

50 Comité de los Derechos del Niño del Uruguay. O.cit.

51 UNICEF; 2003: O. cit.

52 Día mundial contra el trabajo infantil. O.cit.

53 Oliver i Ricart Q. Una mirada a la situación de la prostitución infantil y adolescente en Uruguay. Montevideo: UNICEF; 2001.

54 UNICEF; 2007: O. cit.

55 González Perrett D, Tuana Nagely A. Invisibles y silenciadas. Aportes y reflexiones sobre la trata de personas con fines de explotación sexual comercial en Uruguay. Montevideo: Avina, OIM, MEC; 2007.

56 Oliver i Ricart: O. cit.

57 Ibídem.

58 González Perrett D, Tuana Nageli. O. Cit.

Este fenómeno, complejo en sí mismo y complejo por estar asociado a la ilegalidad y al crimen organizado, es hoy imposible de cuantificar. De todas formas la Red Uruguaya de Autonomías (RUDA), en el año 2005⁵⁹, realizó una investigación que permitió describir algunas de sus características:

- Invisibilidad del fenómeno que aumenta proporcionalmente a la exclusión social de las niñas, los niños y adolescentes explotadas/os.
- Aquellas/os que denuncian no siempre encuentran protección sino que en ocasiones aumentan su vulneración, dado que deben declarar en múltiples oportunidades, enfrentándose a veces a su agresor /a a quien lo podrían unir sentimientos ambivalentes.
- “Se produce una *“revictimización”* de las víctimas”⁶⁰
- La mayoría de las/os niñas/os no ejercen la prostitución como modo de supervivencia sino que son explotados sexualmente; muchas/os además sufren otras formas de violencia: la limpieza de parabrisas en la vía pública, por ejemplo.
- Algunos grupos son especialmente vulnerables, “en particular las niñas, en número desproporcionadamente alto”⁶¹.
- A veces, el vínculo con el /la explotador/a es el camino que enseña a estas y estos adolescentes “un mundo” de otra forma inaccesible. “Ello provoca que coloquen en un segundo plano la situación de explotación, sobre todo en los casos en que los explotadores les demuestran afecto”⁶².
- Otras, es la familia la que las / los explota como estrategia de supervivencia.
- Nadie rehuye a la idea de que existe explotación sexual infantil y adolescente en los sectores sociales altos, bajo especiales dispositivos de protección y encubrimiento.
- Se habla de “un mercado de vírgenes” altamente cotizado.
- Intercambio de sexo por drogas, especialmente pasta base.
- Pocas veces utilizan preservativos.

El Código de la Niñez y la Adolescencia uruguayo hace referencia a este fenómeno y normatiza su seguimiento.⁶³

“Sólo el Ministerio de Desarrollo Social atendió entre julio de 2005 y diciembre 2006 a 700 menores por abuso sexual y maltrato en Montevideo y Canelones. De ellos, el 22% fue por **abuso sexual** y el restante 67% por **maltrato físico** (...) las familias que atendemos por estos casos no son de pobreza extrema; esto hace presumir que el maltrato físico no es una prerrogativa de los sectores más vulnerables”⁶⁴

“En el 39% de los hogares uruguayos los niños sufren algún tipo de violencia. De ellos el 15% sufre violencia física grave, el 17% de violencia física leve y el 7% de violencia psicológica(...) las cifras ubican a Uruguay entre los países más problemáticos del mundo. El tema es muy silencioso, pero hay maltrato y cierta legitimización del castigo físico.”⁶⁵

59 UNICEF; 2007: O. cit.

60 Oliver i Ricart: O. cit.

61 Convención de los Derechos del Niño (Art 34).

62 UNICEF; 2007: O.cit.

63 Código de la Niñez y la Adolescencia (Art.130), Ley Nº 17.823 (7 set 04).

64 Friedmann D, Lima M. E. Maltrato: los niños rompen el silencio (citado en Abril 2007). Se consigue en: URL: [http:// www. uruguayosolidario.org.uy](http://www.uruguayosolidario.org.uy)

65 Ibidem.

“El 80% de las niñas y los niños uruguayos viven en algún tipo de familia. Entre un 30% y 50% de estas familias no brinda el soporte afectivo ni económico. Se perciben ausencias de referente adulto y de configuración de roles. Un 20% no tiene familia que lo contenga (**niños en situación de calle**)”⁶⁶.

La calle muchas veces, es el hogar de niñas, niños, adolescentes y jóvenes; es su universo cultural, económico y social, donde no sólo están expuestos a peligros, sino que allí también establecen relaciones vecinales, de intercambio, de solidaridad.

En setiembre 2003, “se estimó en 3100 los niños, niñas y adolescentes, expuestos a situación de calle en un día cualquiera, entre lunes y viernes, en Montevideo y el área metropolitana de Canelones⁶⁷. Este estudio afirma además que:

- la población es mayoritariamente masculina y se acentúa esta característica en el horario de la noche; 3 de cada 4 son varones entre los 6 y 17 años.
- predominan los grupos sin referencia de adultos.
- este fenómeno, lejos de concentrarse en la áreas centrales de Montevideo, se ha extendido a la periferia; 3 de cada 4 se encuentran en las zonas más alejadas del área central y de la zona costera de Montevideo.
- se asocia su imagen a los vendedores callejeros, los limpia-vidrios, los que piden en las esquinas de las principales avenidas.

“El cambio de complejidad del fenómeno radica en que ya no existe una sola estrategia de supervivencia (...) incluso hay muchos niños que van a la escuela y a contra horario hacen calle (...) irrupción del núcleo familiar en la calle (...) participación de otros adultos que organizan el trabajo de los más pequeños (...) núcleos de hermanos en la calle (...)”⁶⁸.

A estas formas de violencia perceptibles en el cotidiano urbano, se suman otras, como un régimen de contención basado en el terror dibujado en el aumento del número de detenciones que se encuentra determinado a partir de una política de seguridad ciudadana, que focaliza buena parte de sus acciones en niños, niñas y adolescentes.

Según Unicef, y de acuerdo al Observatorio del Sistema Judicial, “el perfil de los adolescentes sometidos a procesos judiciales es el siguiente:

En su gran mayoría son varones (95,4%) de entre 16 y 17 años, con una sobrerrepresentación de adolescentes que no estudian ni trabajan y tienen un alto rezago educativo” demostrativo de que “los adolescentes de las clases sociales desfavorecidas son quienes entran al sistema”⁶⁹.

A pesar de lo establecido en el Código de la Niñez y la Adolescencia, “en prácticamente todos (99%) los casos, los adolescentes privados de su libertad por disposición judicial ingresan al sistema por detenciones efectuadas por la policía y no por orden judicial”⁷⁰.

66 Ibidem.

67 Gurises Unidos. Cuantificación de niños, niñas y adolescentes en situación de calle en el departamento de Montevideo y Área Metropolitana (citado en setiembre 2003). Se consigue en URL: [http:// www. espectador.com](http://www.espectador.com).

68 Comité de los Derechos del Niño en el Uruguay: O.cit.

69 UNICEF; 2006: O. cit.

70 Ibidem.

Es de hacer notar, que si bien desde el punto de vista jurídico la situación de nuestro país ha cambiado recientemente con la aprobación del Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 17.823, 7 de setiembre 2004) esto no se ha reflejado en la práctica. Según el Observatorio del Sistema Judicial, la mayoría de las infracciones cometidas por adolescentes son contra la propiedad (hurtos y rapiñas) y se constata que no son los adolescentes quienes cometen los delitos más violentos. A pesar de ello, la medida cautelar más aplicada es la privación de libertad (20% de ellos sin que el delito cometido lo ameritara).

Desde hace varios años se viene produciendo un aumento de conductas conflictivas, violentas, delictivas en algunas oportunidades. Se describe a estos y estas adolescentes que presentan “todas o algunas de estas características:

‘Adolescentes problemáticos, auto y heteroagresivos, con escaso control de los impulsos, de fácil pasaje al acto, baja tolerancia a las frustraciones, dificultad para aceptar y reconocer límites, dificultad para establecer vínculos, bajo nivel de autoestima, pensamiento concreto con escasa posibilidad de abstracción, relación conflictiva con las figuras de autoridad’. A esto se suman adscripciones tales como ‘consumidores habituales de alcohol, tabaco e inhalantes’ y ‘promiscuidad sexual’⁷¹.

La reacción de la sociedad es castigar la acción y pedir una explicación lógica, intentar arrancar una confesión que no dirá nada sobre su verdadera causa; “más allá del acto en sí, banal, aberrante o bárbaro,- estas conductas son- mecanismos defensivos que encubren (y muestran) la necesidad de comprensión, amor y cobijo, muchas veces bajo una apariencia indiferente o desdeñosa. Es que esas estrategias revierten el dolor de la vida en triunfo sobre ella (...) aunque al mismo tiempo sean gritos desgarradores y pedidos de auxilio”⁷² y la denuncia implícita de las fallas del soporte social del que como ciudadanos todos debiéramos sentirnos responsables.

Las situaciones relatadas evidencian violencia; violencia en adolescentes y jóvenes que sin lugar a dudas, tiene uno de sus orígenes en el no- reconocimiento de que esa etapa vital específica, requiere un espacio propio, con roles, derechos y deberes propios.

Frente a esta situación surgen nuevas políticas que se están implementando y que implican la “profunda reorganización del Instituto de Niñez y Adolescencia Uruguay (INAU)” contemplando la “transformación del modelo de atención a la infancia tanto en sus prácticas al interior de la institución como en promover el modelo de la protección integral al nivel del conjunto del Estado y de la sociedad civil (...) debe hacerse cargo no solamente de los pobres, marginados, excluidos y de aquellos niños o jóvenes que han entrado en conflicto con la Ley Penal. No es sólo la cárcel para los pobres menores de edad, sino que debe ser quien garantice la observancia y el ejercicio pleno de los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes”⁷³

71 Abal A, Cheroni A, Leopold S. Adolescencia e infracción. Una aproximación a la construcción subjetiva. Montevideo: Centro de Formación y Estudios del INAU. Ed Rosgal; 2005.

72 Torres M, compilador. Niños fuera de la Ley. Niños y adolescentes en Uruguay: exclusión social y construcción de subjetividades. Montevideo: Ed. Trilce; 2005.

73 INAU. Propuesta de reorganización institucional. Uruguay: Inau; Agosto 2006. Se consigue en: URL: <http://www.inau.gub.uy>

Sexualidad

La sexualidad es en la vida de cualquier ser humano ejercicio de derechos y respeto de los derechos del otro, gratificación, satisfacción, libertad, salud, “un complejo proceso de construcción y producción socio-histórico, cultural, subjetivo y político. Producto altamente específico de las relaciones sociales, en tanto implica las diversas maneras en que los sujetos se relacionan como seres sexuados en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido. Incluye tanto sus productos simbólicos como las bases materiales sobre los cuales se sostienen”⁷⁴

Los derechos sexuales y reproductivos son de actual reconocimiento, datan aproximadamente de 1990, y al decir de López Gómez⁷⁵ son “conquistas humanas, y son escenario de conflictos y negociación social permanente. En tanto parte de los derechos humanos, son interdependientes, integrales e indivisibles de otros derechos (...) ejes de construcción de ciudadanía y de profundización de la convivencia democrática. Se refieren al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad y vida reproductiva. Y a la disponibilidad de *recursos* para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva, y sin discriminaciones.”

“Autonomía y empoderamiento están en la base del desarrollo integral de las y los adolescentes para considerarse personas con capacidad y poder para tomar decisiones. La toma de decisiones en la vida sexual favorece el desarrollo de sujetos autónomos e integrales en otras áreas de la existencia y contribuye a la construcción de ciudadanías”⁷⁶. Es necesario entender estos conceptos como pilares de una vida sexual saludable así como entender la sexualidad como componente saludable de una salud integral de adolescentes mujeres y varones.

Del ejercicio de estos derechos en la población adolescente uruguaya, hoy se tienen algunos datos que se comparten.

El inicio de relaciones sexuales se ubicó en un promedio de 14,6 años y en un rango de 13 a 16 años en 1994; se vio que los varones se iniciaban más y en forma más temprana que las mujeres⁷⁷.

Siguiendo los datos aportados por el trabajo de investigación “Adolescentes y sexualidad”⁷⁸ (1995-2004) se puede afirmar que: el 59,4% de los varones se han iniciado sexualmente entre los 14 y 17 años, el mayor porcentaje se ubica a los 15 años; 18,8% entre 7 y 13 años; 17,3% entre 18 y 22 años; 0% más de 23 años; 3,1% declaran no haber tenido relaciones sexuales; 1,6% no sabe/no contesta. En las mujeres el inicio

⁷⁴ López Gómez A, compiladora. Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004). Montevideo: UDELAR. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. (Facultad de Psicología). UNFPA; 2005.

⁷⁵ *Ibidem*.

⁷⁶ López Gómez A; 2005: O. cit.

⁷⁷ Santi L y otros. Adolescencia. Salud integral y embarazo precoz. Documento especial N°3. MSP. UNICEF. Uruguay: 1994

⁷⁸ López Gómez A; 2005: O.cit.

sexual se sitúa un poco más tarde, 5,3 % se inició sexualmente antes de los 15 años; 0% menos de 11 años; 15,9 % entre los 19 y 21 años; 0% a partir de los 22 años; 20 % declaran no haber tenido relaciones sexuales; 6,3% no sabe/no contesta.

Este trabajo concluye que:

- La edad de inicio sexual se ha reducido.
- La diferencia en la edad de inicio sexual entre hombres y mujeres es cada vez menor.
- La edad de inicio sexual en las mujeres se ubica en edades cada vez más tempranas. Se discute si esto podría estar indicando una modificación en los roles sexuales de las y los adolescentes hacia una mayor horizontalidad.

Al hablar de sexualidad es importante tener en cuenta los derechos reproductivos. Surge así la necesidad de abordar el tema del embarazo en general y en adolescentes en particular y recordar que:

1. “La fecundidad en la adolescencia es el fenómeno demográfico que suscita mayor preocupación tanto desde el Estado como desde distintos ámbitos de la sociedad. En algunos casos es visualizado como una “amenaza” desde el punto de vista social, ya que se comprende básicamente como expresión de los sectores más carenciados de la población y por tanto como reproductor de la pobreza.”⁷⁹
2. Enfocar esta “problemática” desde la perspectiva de género, relacionando el embarazo y maternidad en adolescentes al rol de mujer-madre que impone nuestra cultura así como al rol de varón-padre también impuesto.
3. Recordar la paternidad, en especial la paternidad adolescente, “problemática” que habitualmente no se aborda y de la que no se conocen datos.

“La tasa global de fecundidad se mantiene en Uruguay relativamente estable en torno a 2.6 hijos por mujer, pero el desequilibrio que presenta este guarismo entre sectores socioeconómicos refleja la clara concentración de la reproducción biológica de la población en los estratos más carenciados”. De “esta tasa fijada en el 2004 en 2,1 hijos por mujer (INE 2006), es relevante destacar que se encuentra en el límite de los valores necesarios para el reemplazo de las generaciones”⁸⁰

Según la ECH 2006, la fecundidad de las mujeres más pobres con necesidades básicas insatisfechas (NBI) duplica la de las mujeres con necesidades básicas satisfechas (NBS), con una brecha de diez años entre los que ambos grupos maximizan su reproducción: las jóvenes pobres a los 19 años tienen su primer hijo en el medio urbano y a los 18 en el medio rural y las mujeres de los quintiles altos lo tienen a los 30 años.

Las tasas de fecundidad de las adolescentes uruguayas en distintos períodos. que se muestran en el trabajo anteriormente citado, son:

79 López Gómez A; 2006: O.cit.

80 Ibídem.

	1963	1975	1985	1996	2002
10-14 años	1,1	1,2	1,2	1,8	1,6
15-19 años	53,1	65,7	58,5	67,9	65,6

Y “dan cuenta del incremento de la fecundidad en la adolescencia” “fenómeno demográfico que suscita mayor preocupación desde el Estado como desde distintos ámbitos de la sociedad. En algunos casos es visualizado como una “amenaza” desde el punto de vista social ya que se comprende básicamente como expresión de los sectores más carenciados de la población y por tanto como reproductor de la pobreza”⁸¹, lo que fortalece procesos de exclusión a la vez que incorpora a este circuito a casi la mitad de los niños que nacen en el territorio nacional.

Según datos del año 2005 de la Unidad de Información Nacional en Salud del MSP, referidos a nacimientos por edad de la madre y departamento de residencia se observa que del total de nacimientos identificados (46.153), el 0,37% corresponden a hijas/os de adolescentes madres menores de 15 años, mientras que el 16,45% los son de jóvenes entre 15 y 19 años.

Esta fuente de datos muestra que los porcentajes de nacimientos de hijos de adolescentes madres aumentan en los departamentos identificados como más pobres (Artigas, Río Negro, Salto, Paysandú⁸²) lo que podría estar vinculado al fenómeno de la “territorialización de la pobreza”.

Interesa dejar constancia que otros muchos aspectos de la sexualidad fueron y deberán ser estudiados en pos de promover la salud integral de las y los adolescentes.

VIH / Sida

En cuanto a la epidemia de VIH / SIDA, se afirma que es, en todo el mundo y también en Uruguay, cada vez más joven y más femenina. Se concentra entre los 15 y 34 años. Las y los adolescentes y jóvenes representan el 27% de los casos de VIH notificados, 53% son varones y 47% son mujeres. Si bien predomina la transmisión sexual (57%), por uso compartido de materiales en el consumo de drogas se infectaron el 39%, un porcentaje significativamente mayor que en la población en general, en la que la marca llega al 22%. (Datos aportados por el Programa Nacional de ITS- SIDA del MSP al 12 /06 /07)

Consumo

Con respecto a los hábitos de consumo de sustancias tóxicas, el estudio realizado en el año 2005, por el equipo de investigación del Observatorio Uruguayo de Drogas⁸³, de un

⁸¹ *Ibidem*.

⁸² UNICEF; 2006:O. cit.

⁸³ Junta Nacional de Drogas. Drogas: más información menos riesgos. Uruguay: Junta Nacional de Drogas; 2003.

total de 8.033 liceales encuestados procedentes de 117 centros educativos de enseñanza media de todo el país, muestra que en 2do año de ciclo básico (edad promedio:13 años) casi siete de cada diez estudiantes han experimentado con el alcohol y que al final del ciclo (17 años) prácticamente la totalidad de los estudiantes ya lo ha hecho.

Con respecto al tabaco el mismo estudio arroja que algo más de la mitad de los estudiantes han experimentado con el mismo, incrementándose según el curso. Las mujeres presentan un porcentaje significativamente superior en la experimentación. En cuanto a la condición de fumador actual, alcanza el 24.8% de la población estudiada. Las mujeres en el ciclo básico duplican a los hombres en el consumo de tabaco. Estos datos confirman la feminización del consumo en las últimas generaciones.

La experimentación con marihuana alcanza casi al 13% de los jóvenes; en la capital esta experimentación duplica en cifras a la declarada por los estudiantes del interior.

Al llegar al 3º año del Ciclo Básico Único (CBU), el 25% de los jóvenes ha experimentado con alguna droga; el salto más significativo se da entre 2º CBU y 1º año de bachillerato donde pasa del 4.5% a 15.7%. Si bien el consumo es algo mayor en el sexo masculino, se presenta una tendencia a la equiparación por el sexo femenino.

Según este mismo estudio, entre los estudiantes de enseñanza media, el consumo declarado de otras drogas que no sea marihuana es marginal; los inhalantes y la cocaína son de las drogas indagadas más experimentadas, aunque ambas presentan un bajo porcentaje de uso habitual, no superando en ningún caso el 0.6 %. Estos consumos son mayoritariamente masculinos y referidos a estudiantes de la capital del país.

La pasta base comienza a consumirse aproximadamente en el año 2000, pero recién en el 2003-2004 hace explosión cambiando radicalmente los patrones de consumo y las tendencias del mercado de sustancias psicoactivas ilegales, modificando tanto sus consecuencias como el encare general de esta problemática. El estudio mencionado afirma que el 1.2% (96 adolescentes) de esta población probó alguna vez; 0.6% (48 adolescentes) consumió en los últimos 12 meses y 0.2% (16 adolescentes) en los últimos 30 días.

En la presentación de la investigación: “Pasta Base de cocaína; prácticas y gestión de riesgos en adolescentes uruguayos- 2006”⁸⁴ se dice que esta “merca barata y que pega más”, expresa brutalmente la caída de nuestra sociedad hacia el abismo de la incertidumbre, de la pobreza vincular y de la necesidad de encarar el tema desde la reconstrucción de ciudadanía y desde la óptica de los derechos.

Describe el “primer perfil de los usuarios: varones, jóvenes (23 años promedio; 37% adolescentes) de la capital del país que accedieron a un nivel de enseñanza media aunque la mayoría no completó el ciclo, solteros y desocupados (...) un alto porcentaje vive con sus padres (...) 50% ya recibió tratamiento previo (...) 66.7% presentan ansiedad, depresión y otros trastornos de su salud mental; desmotivación y dificultad en el uso creativo o productivo del tiempo (...) 18.9% ha tenido conductas violentas y 58% han sido detenidos o declararon haber tenido problemas legales”⁸⁵.

84 Junta Nacional de Drogas. Pasta Base de cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos. Uruguay: Junta Nacional de Drogas; 2006.

85 Ibídem.

También se describe el “perfil del consumo: policonsumo (PBC, marihuana, tabaco) la primera experimentación con cualquier droga la hicieron a edades tempranas (...) el consumo de tabaco y alcohol ha precedido el consumo de otras sustancias (...) la marihuana y PBC promedian una edad de inicio menor a los 15 años”⁸⁶.

Y se sugiere para contener esta problemática: “fortalecer redes sociales preexistentes (vecinos, pares); fortalecer o comprometer a las familias; mejorar la accesibilidad a servicios sanitarios y educativos de calidad y por último mejorar las condiciones de accesibilidad al mercado laboral”⁸⁷.

Mortalidad

Para acercarnos a esta realidad, se examinaron datos de Estadísticas de Mortalidad del MSP correspondientes al período 2003-2005. Según los mismos, la mortalidad adolescente está paulatinamente disminuyendo; representó el 0,78% de la mortalidad total del país en el año 2003, el 0,72% en el año 2004 y 0,71% en el año 2005. Mueren más adolescentes de la franja etaria comprendida entre 15 y 19 años que en la comprendida entre los 10 y 14 años, en razón cercana a 3:1.

Del estudio de la Sociedad Uruguaya de Pediatría 2003⁸⁸, surge que las principales causas de muerte en adolescentes, entre los años 1985 y 2001 cambió su prevalencia. En el año 1985, en la adolescencia temprana (10 a 14 años) las cuatro primeras causas de muerte que se mencionan son: accidentes y efectos adversos, tumores malignos, anomalías congénitas y suicidios. En el año 2001, se nominan: accidentes y efectos adversos, tumores, suicidio y homicidios.

Para las edades entre los 15 y 19 años, en el año 1985 se mencionan: accidentes y efectos adversos, enfermedades del aparato circulatorio y tumores malignos; en el año 2001: accidentes y efectos adversos, suicidios y homicidios.

Resulta significativo constatar que coincidiendo indudablemente con un período de cambios político-sociales trascendentes en la vida de nuestro país, se ha registrado en el período analizado un cambio radical en las causas de mortalidad en estas edades, estableciéndose la prevalencia de las causas que implican violencia.

En el período 2004-2005, las primeras causas de muerte son las calificadas como “causas externas de morbilidad y mortalidad”, responsables de más de la mitad de las muertes en la población adolescente.

Dentro de ellas se distinguen:

- Accidentes: Incluidos por la OPS dentro de los problemas de Salud Pública, por su elevada mortalidad, porque ocasionan discapacidades y por el elevado costo de las lesiones no mortales, constituyen en Uruguay la 1º causa de defunción en el grupo de personas menores de 30 años.

86 *Ibidem*.

87 *Ibidem*.

88 Sociedad Uruguaya de Pediatría. Indicadores y políticas de salud en la infancia. Primer nivel de atención. Montevideo; junio 2003.

Los accidentes de tránsito son los más frecuentes en la adolescencia tardía (15 a 19 años) y predominan en el sexo masculino.

Ahogamientos y accidentes de tránsito son, del total de accidentes, las causas más frecuentes de muerte en la adolescencia temprana.

Según el Informe del Comité de Auditoría de Fallecidos del Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell 2000-2006⁸⁹ la mortalidad “muestra una tendencia decreciente”, ubicándose la tasa corregida en el año 2000 en 0,93% y en el año 2006 en 0,50%. En este último año estudiado, el 57,9% de los fallecidos procedió de Montevideo y el 42,1% del resto del país. En su mayoría fueron de sexo masculino (63,2%). El 21,1% (N= 16) fueron adolescentes entre los 10 y los 14 años cuya primera causa de muerte la constituyeron los accidentes (N=5) y otras causas de muerte violentas no accidentales (N=2). A partir de estos datos se deduce que casi el 50% de las muertes en esta franja etaria son por causas violentas.

- Suicidio: Los suicidios aparecen como segunda causa de muerte en la adolescencia y se considera que en nuestro país constituyen “un problema de salud pública relevante”⁹⁰.

En la adolescencia tardía es más frecuente en el sexo masculino; llamando la atención la “feminización encontrada dentro de la población más joven (...) el elevado porcentaje de casos que no estaban insertos en el sistema educativo ni laboral (...) la baja frecuencia de consulta psiquiátrica o psicológica, en discordancia con la elevada frecuencia de patología psiquiátrica, avisos de intención suicida e intentos de suicidio previos”⁹¹.

Diversos estudios epidemiológicos relacionan el riesgo de la conducta suicida con la “desesperanza, la depresión, el maltrato, el abuso de sustancias, la institucionalización”⁹².

“Las muertes por hechos violentos, tanto suicidios como accidentes que tienen una prevalencia mucho mayor en los varones, están muy asociadas a una imagen de “hombría” o “machismo” con ciertas actitudes que llevan a asumir riesgos y a no poder enfrentar problemas por la lesión a una determinada imagen que esto provoca”⁹³.

El intento de suicidio es más frecuente en el sexo femenino. La relación entre intento de autoeliminación y suicidio es de 50 a 1 en la adolescencia⁹⁴.

En referencia a este doloroso tema, debería tenerse en especial consideración al gran número de personas (según la OMS aproximadamente 10 personas por cada

89 Alberti M, Fernández A, Ferrari A M y otros. Informe del Comité de Auditoría de Fallecidos. Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. 2000-2006. Arch Pediatr Urug 2007; 78(1):48-53.

90 Rodríguez Almada H, Maggi I, Ciríacos C. Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. Rev. Med. Uruguay 2005; 21: 141-150.

91 Ibídem.

92 Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev. Med. Uruguay 1991; 6:203-215.

93 Aguirre R, Bonino M, Espino A, Sapriza G. Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay. Uruguay: Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. MSP- OPS-UNFPA; 2006.

94 Viola L, Martínez-Schiavo A, Pazos M. La emergencia en Psiquiatría Pediátrica. En: Bello o, Sahabiague G, Prego J, De Leonardis D. Pediatría: urgencias y emergencias. Montevideo: Ed. Biblio Médica; 2003.

siuicidio) afectadas por esta problemática que indudablemente tiene repercusiones en su salud.

- Los homicidios aparecen en la infancia como causa de muerte, desaparecen en la edad escolar y reaparecen en la adolescencia temprana. En el año 2004, se produjeron 11 homicidios en adolescentes, que representaron el 7,2% del total de los mismos. Es llamativo que en el año 2005, manteniéndose el total de homicidios, este porcentaje se elevó a 11,9% y representa un aumento de más del 50% en la adolescencia tardía.
- En el año 2003, de 2 mujeres entre los 10 y 14 años que fallecieron por enfermedades infecciosas, 1 fue por SIDA; no se registran muertes por esta causa en los años posteriores.
- En el año 2003 de 18 mujeres que fallecieron por problemas en el embarazo, parto y puerperio, 1 era adolescente entre los 15 y 19 años. En los años 2004 y 2005 no se constatan muertes en adolescentes por esta causa.
- En el año 2003, de 6 fallecimientos conocidos producidos por aborto, 1 fue una adolescente entre los 15 y 19 años; no se repite esta causa de muerte en los años siguientes.

No se debe olvidar, por su frecuencia, dentro de las causas de muerte en esta franja etaria, a los procesos neoplásicos, predominando francamente en el sexo masculino, en ambas franjas etarias y siendo más frecuentes los de la esfera hematológica seguidos por los ubicados en el sistema nervioso.

Es necesario reflexionar que en aquellas situaciones que inexorablemente llevarán a la muerte, como algunas neoplasias, estos jóvenes y estas jóvenes tienen derecho a una mejor calidad de vida, a una muerte digna y al duelo acompañado de sus familias, que deben ser considerados una prioridad y responsabilidad de la comunidad.

Adolescencia en “situación de esquina”, en “tribus”...en “otros lugares”.

Coincidiendo con Arias⁹⁵, muchas y muchos de las y los adolescentes a los cuales se ha hecho referencia y otras / os que no se encuentran contemplados en los ítems anteriores se encuentran en “situación de esquina”. Con esta expresión se hace “referencia a un espacio que se configura en lugar, en la medida en que existe una presencia grupal con cierta estructura relacional e identificatoria”.

¿Cómo se vive el tiempo en “la esquina”?. Podemos pensar el tiempo histórico desde un SER y un ESTAR. Soy en la historia y la protagonizo o sólo estoy y la historia me lleva. Estar en la esquina es estar perdiendo el tiempo, es ser espectador de lo que sucede. Ser en la esquina es asumir un sentido del tiempo y la responsabilidad de sabernos transformadores. Este “no lugar” se constituye en refugio, construcción humana que asume ciertos rasgos de identidad e identificación y que hacen a la pertenencia a ese espacio (...). La “situación de esquina”, en contraposición a lo que entendemos hoy por “situación de calle”, no es un estado ni de tránsito, ni de supervivencia. Es un estado de permanencia, ocupando más el lugar de espectador que de protagonista”.

95 Arias A, Morales M. En la esquina...trampas y desafíos. Adolescencia en situación de esquina. En: Adolescencia y Educación Social: un compromiso con los más jóvenes. Montevideo: INAU- Cenfores; 2005.

Las esquinas, así descritas, son lugares antropológicos que se encuentran aún dentro de otros, como “los centros educativos, los clubes, las casas, lugares y espacios reconocidos como propios para esta vivencia”.

Otras y otros forman parte de “tribus urbanas”, entendidas como grupo de “individuos que se reúnen y visten una estética (moda) para compartir una actividad y una actitud... construir una nueva forma de sociabilidad que implica vivir con el grupo, alejarse de lo político, y esto implica códigos estéticos, rituales, formas de escuchar música, lugares propios. Se trata más bien de un *feeling*, de un ambiente más que de una racionalidad medios-fines.” (Maffesoli citado por Filardo) ⁹⁶.

Hay actores sociales que relacionan una creciente sensación de inseguridad y el delito con los adolescentes pobres, “en la esquina” o que forman parte de una “tribu”. Seguramente la Sociedad se pregunta: ¿qué estarán tramando?.

Al decir de Filardo, Montevideo, y creemos que nuestro país todo, “devela transformaciones significativas acerca de las formas en que se producen territorios culturales, quiebres generacionales que los montevideanos o bien no estamos en condiciones de digerir, o simplemente digerimos rápidamente, sin alcanzar a dimensionar estas transformaciones. Estos nuevos fenómenos juveniles, no sólo hablan de la juventud, sino de cómo se establecen las relaciones con el resto de la sociedad y permiten abrir un abanico de preguntas: ¿Forman parte de ella? ¿La transforman? ¿Se insertan? ¿Se integran? ¿Se excluyen?”⁹⁷.

Todas y todos las y los adolescentes de nuestro país, ya sea “en la esquina”, formando parte de una “tribu”, o en otros lugares a resignificar, buscan “para olvidar la anomia de lo cotidiano” según Tassell⁹⁸, un lugar, el propio y apropiado por ellas y ellos, desde donde construir su identidad, y que a su vez permita la “construcción y constitución de una sociedad más humana y humanizante”⁹⁹ y por esta razón, entre otras, importan a este Programa cada una y cada uno de ellas y ellos.

JUSTIFICACIÓN

Las vivencias cotidianas y las dificultades, a veces enormes, por las que transitan nuestras y nuestros adolescentes, deben reconocerse en las particulares modificaciones en la salud de los jóvenes de Latinoamérica y El Caribe en las últimas décadas, resultado de cambios políticos, económicos y sociales que ha sufrido la región con consecuencias importantes:

⁹⁶ Filardo V: O.cit.

⁹⁷ Ibídem.

⁹⁸ Tassell A. Calle del Tag. En: Pensar la Adolescencia de Aubert A, Birraux A, Caule E y otros. Montevideo-Uruguay: Ed. Trilce; 2004

⁹⁹ Arias A: O.cit.

- fisuras en el entramado social caracterizadas por cambio (y fractura) de valores y de comportamientos determinantes de la salud, el cambio de las estructuras familiares (hogares unipersonales, monoparentales, aumento de la divorcialidad y disminución de la nupcialidad), la pérdida del rol adulto como figura protectora, entre otras.
- cambios en la epidemiología de la salud, es decir, en los factores que la condicionan, pasando la conducta a ser un factor determinante de la misma.

La mortalidad por accidentes, los suicidios e intentos de suicidio, los homicidios, la exclusión del sistema educativo formal, las dificultades de ingreso al mundo laboral, las y los adolescentes que se embarazan sin soporte social, las infecciones de transmisión sexual, los hábitos de consumo, los trastornos alimentarios, entre otros, son algunos de los problemas que viven adolescentes y jóvenes; tienen causas comunes por lo que es necesario comprenderlas y atenderlas si se pretende brindarles condiciones que les permitan tener igualdad de oportunidades para vivir esta etapa plenamente y propender a la mejor calidad de vida en etapas sucesivas de su ciclo vital.

Estos aspectos constituyen algunos de los problemas que demuestran la falla de la atención de la salud de las/los adolescentes y que se deberá abordar desde la óptica de la salud integral ya que como es sabido, son las primeras causas de morbimortalidad a estas edades, en el mundo y también en nuestro país. Por otro lado, aunque muchas veces resulte difícil, se cree que estas causas de morbimortalidad son prevenibles.

Ya en 1994 la Prof. Gentile afirma que “las políticas (educativas, económicas y sociales) deben crear sistemas de salud pública y bienestar social que aumenten las oportunidades de actuar con eficiencia sobre el ambiente (socio-económico-cultural) para mejorar los potenciales de salud y lograr su pleno desarrollo (físico, emocional, y social) (...) La ineficacia de los desarrollos aislados y de la falta de políticas que aseguren a todos los adolescentes del país la mejor atención integral, justifica un nuevo enfoque en salud en los distintos ámbitos (hogar, escuela, trabajo, calle, campo, centros deportivos y culturales, medios de comunicación) (...) el reconocimiento de los adolescentes y jóvenes como grupo social exige servicios de atención (ambulatoria y hospitalaria) concebido en función de sus necesidades. Ello implica la adecuación del sistema actual y la capacitación del equipo; vale decir, cambios estructurales, administrativos y de mentalidad (...) La falta de un abordaje del problema tiene costos individuales, generacionales y sociales de tremenda importancia, inmediatos y mediatos, más graves en un país envejecido, con baja tasa de natalidad y deterioradas condiciones socio-económicas que actúan como un factor expulsivo y como reproductoras de estancamiento y pobreza”¹⁰⁰.

“Diseñar políticas públicas con un enfoque de derechos humanos, supone, por una parte, establecer mecanismos efectivos que permitan a todos los ciudadanos – en este caso niños y adolescentes- intervenir en la formulación, ejecución, y evaluación de dichas políticas; por otra parte, implica considerar a las políticas, más allá de sus contenidos específicos (educación, salud, o seguridad social), como instrumentos que deben atender integralmente el desarrollo de las personas”¹⁰¹.

Como respuesta a la compleja situación en la que viven y se desarrollan las y los adolescentes que acompañan nuestro cotidiano, de la que se pretendió mostrar algunas cifras y acercar algunos conceptos, se ha decidido adoptar el **Modelo de “Atención**

¹⁰⁰ Gentile Ramos I. Introducción. En: Salud integral y embarazo precoz de Santi L y otros. Documento especial N° 3 Uruguay. MSP- UNICEF; octubre 1994.

¹⁰¹ UNICEF; 2006: O. cit.

Integral de Adolescentes¹⁰², entendiéndolo como aquel que:

- privilegia la promoción de estilos de vida saludable
- privilegia la prevención de probables riesgos
- se centra no solo en la familia sino también en el soporte social existente
- cuenta con la activa participación de los jóvenes
- se accede no solo en los servicios tradicionales de salud sino también en los ámbitos donde las y los jóvenes habitan, estudian, trabajan o se recrean
- la atención es brindada por un equipo de técnicos de distintas disciplinas construyendo procesos de interdisciplina e intersectorialidad, que prepare al equipo y a cada uno de sus integrantes, para el abordaje de las diferentes adolescencias y de sus necesidades.

Implica la adecuación de los sistemas de atención, dotándolos de una orientación bio-psico-social, a partir de un adecuado diagnóstico de situación y de la identificación de las necesidades y problemas específicos.

Implica por otra parte, “asegurar una atención de salud de calidad y amigable”¹⁰³ para las y los adolescentes ofreciendo servicios privados, confidenciales y asequibles, entre otras características.

Siguiendo los lineamientos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994, “se sostiene la confidencialidad de los servicios, enfatizando la identidad y los derechos de los y las adolescentes y jóvenes, respetando sus valores y creencias religiosas”¹⁰⁴.

Según expresiones del Dr. Duarte¹⁰⁵ “el marco legal uruguayo actual consagra la Doctrina de Protección Integral del Niño (ley 16.137 promulgada en set. / 90 que aprobó la Convención de los Derechos del Niño y ley 17.823 de set. / 04 que aprobó el Código de la Niñez y la Adolescencia) que significa que se ampara en el plano jurídico a un sector de la humanidad (menores de 18 años) reconociéndoles el carácter de sujetos de derechos, cuyo interés superior debe ser contemplado en todas las instancias; de aquí que niños, niñas y adolescentes tienen derecho a expresar su opinión y a que se les tenga en cuenta. El niño (menor de 18 años) es un sujeto de derecho en desarrollo, completo en sí mismo, cuya capacidad de ejercicio se adquiere progresivamente. Este concepto de desarrollo progresivo es una innovación esencial, a tener en cuenta cuando se planteen los problemas de expresión de la voluntad de los niños y niñas”.

Con este concepto y con esta actitud está de acuerdo la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Udelar (información aportada por el Dr. Hugo Rodríguez Almada, nov. 2006); el/ la adolescente tiene derecho a que se respete la “confidencialidad” y a dar su “consentimiento” habiendo recibido previamente la información necesaria. Esto marca una diferencia sustancial con algunas etapas de la edad pediátrica como la lactancia, ya que en la pediatría propiamente dicha el consentimiento de niñas y niños no es igual a “cero” sino que debería existir e ir

¹⁰² Moreno E. Política de salud del adolescente. En: Módulo 1 de Curso de Educación a distancia en Salud Integral de Adolescentes (EDISA). Universidad de Buenos Aires; 1992

¹⁰³ Schutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y política. Washington DC: OPS; 2003.

¹⁰⁴ López Gómez A; 2005: O.cit.

¹⁰⁵ Duarte J C (Juez de Familia de 1ª Instancia de 1er Turno) ; Conferencia, “El derecho de niñas, niños y adolescentes a ser oídos” 5ª Jornada de Adolescencia del Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo. 29 de noviembre 2006.

aumentando su peso relativo a medida que aumenta su madurez.

La implementación de este Modelo requiere el establecimiento de estrategias adecuadas en el marco de las de APS y metas que a su vez estén enmarcadas dentro de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud y de los Objetivos del Milenio.

El desafío en los próximos años, podría plantearse en términos de reducción de la morbimortalidad para esta franja etaria, así como en la búsqueda de los mejores resultados de las acciones que se implementen destinadas a proteger su salud, logrando además la participación de las y los adolescentes en el proceso de construcción de su propia identidad.

Teniendo en consideración los estudios expuestos, habiendo recogido las distintas experiencias del modelo de atención definido, en el marco de los cambios de la actual administración y de acuerdo a las líneas estratégicas impulsadas por la DIGESA, se ha generado la oportunidad de consolidar un Programa Nacional de Adolescencia. A partir de diversos eventos de intercambio con diferentes actores del campo académico, de la sociedad civil y de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, se ha construido una serie de lineamientos a los efectos de consolidar estrategias y acciones intersectoriales y participativas tendientes a promover y atender la salud de las y los adolescentes de nuestro país.

El Ministerio de Salud Pública, en su carácter de rector de políticas sanitarias, debe brindar el marco normativo para la promoción de la salud, la prevención de riesgos específicos y la atención de calidad en el sector público y privado de la salud.

Se entiende que es imprescindible actuar con las y los adolescentes desde un enfoque de salud integral que mejore su calidad de vida presente y futura, elemento básico para el desarrollo social, económico y político de los países y del mundo en general.

Las condiciones de vulnerabilidad social en las que se encuentran la mitad de las y los adolescentes uruguayos/as motivan que los emprendimientos apunten a dar respuestas integradas por parte de los organismos estatales pertinentes y de manera coordinada con otros actores sociales.

El sentido de este Programa es lograr la conjunción de esfuerzos en dos escenarios de trabajo: por un lado entre los programas de la DIGESA que se revelan como fundamentales en la transversalización de las acciones, y en segundo lugar promoviendo la intersectorialidad, es decir involucrando a otros actores del Estado tanto del nivel nacional como departamental.

Es necesario superar las estrategias centradas exclusivamente en el Enfoque de Riesgo, transitando hacia un cambio de paradigma, que se oriente a las capacidades personales, familiares y socio-comunitarias en las que se encuentran las y los adolescentes, reconociendo los aportes de marcos conceptuales y metodológicos como el Enfoque de Derechos Humanos, el Enfoque Ecológico, el Enfoque de Género, el Enfoque Étnico, la Educación para la Salud, el Enfoque de Resiliencia y las Metas del Milenio de la OPS¹⁰⁶.

106 "metas principales del Programa del Milenio en materia de desarrollo: erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; reducir la mortalidad en la infancia; mejorar la salud materna; combatir el VIH-Sida, el paludismo y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo" (UNICEF. Estado mundial de la infancia 2006. Excluidos e invisibles. Nueva York: UNICEF; 2005.)

Es imprescindible entender la adolescencia como una etapa de la vida en la cual no solo se movilizan estructuras subjetivas, sino que además se debe aceptar la existencia de una nueva intersubjetividad de la que los adultos forman parte.

Adolescentes mujeres y varones tienen valiosos aportes para realizar a la sociedad y un cúmulo de talentos que no siempre son reconocidos.

Se conoce que “el enfoque integral de desarrollo humano propuesto en el marco conceptual de la OPS es una estrategia de promoción de salud, y que invertir en adolescentes supone un ahorro futuro para los países. De esta manera, el gran desafío de los próximos años será utilizar este marco para desarrollar programas integrales, recolectar información desagregada, mejorar el acceso a los servicios, mejorar el ambiente donde viven, comprometerse con la promoción de salud, mejorar el vínculo entre escuelas, familias y comunidades, apoyar la transición a la edad adulta, utilizar un enfoque de género en los servicios, fomentar la participación juvenil y promover la articulación interinstitucional”¹⁰⁷.

Así, el Programa Nacional de Adolescencia deberá combinar en sus acciones:

- un enfoque universal, dirigido a toda la población adolescente, que contemple:
 - Comunicación, educación para la salud y participación de la población adolescente en temas tales como: ciudadanía, habilidades para la vida, hábitos saludables en nutrición, sexualidad, accidentes y otros.
 - Atención de la salud con control semestral o anual.
 - Detección precoz de patologías y riesgos.

- Un enfoque de equidad entendido como el “logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos”¹⁰⁸ necesaria focalización dirigida a grupos que presentan situaciones de vida particulares que conllevan menores oportunidades de tener un desarrollo sano:
 - adolescentes fuera del sistema educativo formal o en riesgo de abandono.
 - adolescentes que no tienen posibilidades de inserción laboral y están en condiciones de hacerlo, o los que trabajan sin protección laboral.
 - adolescentes en situación de calle, abandono, pérdida de libertad.
 - adolescentes que presentan problemas de salud mental (por ej. depresión, consumo de sustancias, intentos de autoeliminación).
 - adolescentes portadores de patologías crónicas, neoplasias y capacidades diferentes, que requieren de una recuperación y / o rehabilitación y/ o cuidados paliativos
 - adolescentes madres y padres.
 - adolescentes víctimas de abuso sexual, maltrato, otras formas de violencia.
 - adolescentes que viven con HIV o con SIDA.
 - adolescentes que por distintos motivos viven en situación de aislamiento social.

107 Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F: O. cit.

108 Aguirre R, Bonino M, Espino A, Sapriza G: O.cit.

PROPÓSITO

Mejorar la calidad de vida de la población adolescente del Uruguay, promoviendo su crecimiento y desarrollo integral, desde un enfoque de derechos y de género, para incidir en el presente y futuro tanto de la población adolescente como en la de todo el país.

OBJETIVOS GENERALES

- I. Definir y difundir las estrategias y acciones sanitarias orientadas a las y los adolescentes a nivel nacional con un enfoque de derechos y de género.
- II. Orientar al sector público y privado y a las organizaciones de la sociedad civil, en las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud de la adolescencia, que deberán instrumentar estableciendo alianzas intersectoriales, fortaleciendo las redes sociales y respetando las diversas realidades locales.
- III. Promover la participación de las y los adolescentes, tendiendo a lograr el ejercicio de la ciudadanía plena.
- IV. Promover y liderar la creación de un Plan de Adolescencia y Juventud, con carácter intersectorial dando participación a la comunidad y a las familias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS Y ACTIVIDADES

- I. **Definir y difundir las estrategias y acciones sanitarias orientadas a las y los adolescentes a nivel nacional con un enfoque de derechos y de género.**

Objetivos específicos

- 1.1 Formular lineamientos que contribuyan a la organización sanitaria de la atención integral para adolescentes a nivel nacional en el marco del Sistema Integrado de Salud y de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
- 1.2 Difundir el Programa Nacional de Adolescencia para la implementación en todos los niveles de atención, a nivel público y privado y en la comunidad y propender a la adaptación del mismo a la realidad local.
- 1.3 Implementar la creación de un Observatorio Nacional de Adolescencia.

Metas

- Difusión del Programa Nacional de Adolescencia a todos los efectores de salud, públicos o privados, que tengan bajo su responsabilidad la cobertura asistencial total o parcial de la población adolescente al término de 1 año.
- Difundir el Programa Nacional de Adolescencia a la comunidad.
- Realizar un diagnóstico de situación de salud y de necesidades de la población adolescente uruguaya, de alcance nacional, en el 1º año de ejecución de este Programa.
- Establecer prioridades a nivel nacional y adecuarlas a nivel local, zonal, departamental y regional, en el 2º año de ejecución de este Programa.
- Establecimiento del Observatorio Nacional de Adolescencia al término de los 2 años de ejecución de este Programa.

Actividades

- Difusión del Programa Nacional de Adolescencia para la implementación en todos los niveles de atención, a nivel público y privado y en la comunidad utilizando para este fin:
 - envío a todos los efectores del documento del Programa Nacional de Adolescencia.
 - boletines referidos a temáticas de interés en adolescencia a todas las instituciones de salud y referentes adultos.
 - utilización de espacios de prensa escrita y oral, de radio, TV, para realizar la promoción de salud adolescente con mensajes que apunten al desarrollo saludable de las y los mismas/os orientados al cumplimiento de los objetivos del Programa.
 - implementación, promoción y / o apoyo de encuentros zonales, regionales o nacionales de los equipos de salud adolescente y otros técnicos, disciplinas o instituciones vinculadas a la adolescencia.
- Redacción de los componentes que integran el plan de prestaciones que deberán ser ejecutadas por el conjunto de Instituciones que integran el SNIS.
- Creación de 1 formulario (parte diario de espacios adolescentes) de datos que contemple la asistencia y su instructivo para todos los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, cuyo registro se enviará en forma mensual a quien corresponda en el área institucional y será de insumo del Programa Nacional de Adolescencia.
- Creación de 1 formulario (parte de actividades comunitarias) de datos de actividades comunitarias que contemple las actividades de promoción de la salud y su instructivo para todos los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, cuyo registro se enviará en forma mensual a quien corresponda en el área institucional y será de insumo del Programa Nacional de Adolescencia.
- Implementar una encuesta nacional de necesidades de las y los adolescentes.
- Definir y crear y / o potenciar una unidad de recolección de la información citada en los tres ítems anteriormente mencionados para su sistematización.
- Los datos sistematizados serán la base para que el Programa Nacional de Adolescencia establezca las prioridades a nivel nacional y las comunique a todos los efectores públicos y privados a fin de que se puedan adecuar las líneas de trabajo a las diferentes realidades locales.
- Implementación del Observatorio de Adolescencia.

- II. **Orientar al sector público y privado y a las organizaciones de la sociedad civil, en las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud de la adolescencia, estableciendo alianzas intersectoriales, fortaleciendo las redes sociales respetando las diversas realidades locales.**

Objetivos específicos

- 2.1 Elaborar y difundir estrategias, guías y protocolos de atención integral y tratamiento.
- 2.2 Promover y verificar la formación de recursos humanos adecuados para la atención integral de la población adolescente.
- 2.3 Implementar acciones para el logro de un crecimiento y desarrollo saludable de las y los adolescentes, fortaleciendo los factores de protección y resilientes.
- 2.4 Generar espacios interdisciplinarios, específicos y diferenciados, capaces de brindar atención integral a la salud y tendientes a lograr la continuidad de la rehabilitación.
- 2.5 Priorizar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación según las necesidades específicas y demandas de las y los adolescentes.

Metas

- Dar a conocer los instrumentos elaborados (historia clínica, carné de salud, parte diario y parte de actividades comunitarias) al 70% de las instituciones de salud en el primer año y al 100% al término del 2º año.
- Verificar que el 80% de las instituciones de salud que trabajan con adolescentes hayan recibido al menos 1 instancia de capacitación del personal que tiene vínculo con la atención integral de adolescentes.
- Realizar encuentros anuales de capacitación de alcance nacional.
- Promover la sistematización de 1 actividad de promoción y /o de prevención primaria por institución a partir de los lineamientos generales descritos en el Programa y /o de los presentados en las instancias de capacitación, de acuerdo a la priorización de las necesidades locales establecidas.
- Elaboración de proyectos que apunten a la promoción y prevención de las problemáticas que se detallaron en este documento con especial énfasis en:
 - a- Estrategias para el intercambio y la reflexión sobre identidad, autoestima y vínculos.
 - b- Prevención de accidentes y aprendizaje de medidas básicas de primeros auxilios en los espacios habituales de los jóvenes.
- Disponer de al menos 1 espacio de atención a la salud integral de adolescentes en cada uno de los 19 departamentos en el plazo de 1 año.

Actividades

- Elaboración del listado de prestaciones de salud dirigida a la población adolescente.
- Elaboración y difusión de la guía de atención integral a adolescentes.
- Extender la utilización de la historia clínica del Sistema Informático del Adolescente (SIA OPS/OMS) a nivel nacional.
- Elaboración e implementación de la utilización del “carné del/ la adolescente” como

instrumento de control de salud a nivel nacional.

- Revisión y actualización de acuerdo a avances científicos y a la opinión de órganos consultivos y rectores en la temática, de la pauta de inmunización nacional para adolescentes.
- Elaboración y difusión de un parte diario único nacional de atención.
 - Elaboración y difusión de una planilla de actividades comunitarias y de promoción de la salud.
- Publicación y difusión de los documentos citados a los niveles que correspondan.
- Coordinar la utilización de los datos generados por estos instrumentos como fuente para el Observatorio Nacional de Adolescencia.
- Identificación de los recursos humanos interesados en esta temática en las instituciones prestadoras de servicios en el área de adolescencia, quienes serán convocados para participar en las instancias de capacitación que coordinará el Programa. Las mismas tendrán un encare interdisciplinario que permita un enfoque biopsicosocial (pediatra, médico general, psicólogo y psiquiatra, ginecólogo, odontólogo, nutricionista, enfermero, asistente social, partero, educador, comunicador y otros).
- Propiciar las instancias de coordinación con la UDELAR- Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, de Enfermería, de Obstetras, de Nutrición, Psicología, Ciencias Sociales, Ciencias de la Comunicación, de la Educación y otras que habiliten académicamente la formación en adolescencia.
- Fomento de líneas de sistematización e investigación sobre la salud de los /las adolescentes.
- Sensibilización y capacitación de los niveles más complejos de atención sobre la temática específica de la adolescencia.
- Creación de una red nacional en línea (virtual) de técnicos e instituciones que trabajan con adolescentes.
- Promover instancias de capacitación continua, en terreno, en línea (virtual), teleconferencias a todos los equipos de atención integral de el /la adolescente. La misma será realizada por personal idóneo y con experiencia debidamente documentada en la temática adolescente.

Contenidos y lineamientos en:

Promoción de la salud

- Se instrumentarán instancias educativas que contemplen las etapas del desarrollo personal y colectivo, los determinantes de la salud y su injerencia de acuerdo a la realidad local, teniendo en cuenta el concepto de salud integral en el marco de los derechos humanos, con perspectiva de género, con carácter anticipatorio, con énfasis en la familia, educación y recreación. Se tendrán en cuenta tres pilares: adolescentes, integrantes de la familia y técnicos referentes.

Con adolescentes:

Instancias que les permitan adquirir conocimientos, actitudes y competencias sobre su salud, llevándolos a oficiar como multiplicadores en su entorno. Un aspecto importante es asegurar la confidencialidad necesaria para el abordaje integral, la que será explicitada claramente en el espacio de atención, en la consulta y con la familia.

Temáticas a ser abordadas: autocuidado y autoestima; vínculo, respeto y solidaridad, primeros auxilios, hábitos alimentarios, higiene, sexualidad plena, salud ambiental, educación en red vial y normas de tránsito, utilización adecuada del tiempo

libre, ejercicio y deportes, actividades artísticas y culturales, entorno que habilite la elaboración de proyectos, proceso de aprendizaje, escolarización, inserción laboral y otros. Con la participación activa de las y los adolescentes en la selección de la temática.

Abordaje en:

- a) la consulta individual.
- b) sala de espera.
- c) lugares de pertenencia en la educación formal y no formal y otros (espacios recreativos, de deportes, culturales, etc.)

Con referentes de la familia:

a- Facilitando un espacio de reflexión y debate sobre las características de esta etapa evolutiva, priorizando el vínculo adolescente-familia y el rol fundamental que ésta cumple en pos de la disminución de la vulnerabilidad adolescente frente a la violencia, abuso sexual y maltrato, entre otros.

b- Propiciando la consolidación de grupos de familias, que reflexionando y compartiendo dificultades, problemáticas comunes, sean capaces de generar efectos de sostén recíprocos. Se coordinará con programas de inclusión social llevados adelante por otros ministerios e intendencias.

Con técnicos referentes de todas las áreas que trabajan con adolescentes

identificando ejes temáticos de su interés, con énfasis en los factores protectores y de riesgo que condicionan la salud de esta.

- Solicitar a cada efector de salud la sistematización anual de una experiencia, propuesta y/o proyecto.
- El Programa elaborará 2 propuestas de promoción para la salud con alcance nacional por año.

Prevención

➤ Protección específica:

- a. Exigencia del certificado esquema de vacunación vigente como condición de salud.
- b. Prevención de enfermedades de transmisión sexual e investigación precoz de las mismas en adolescentes que tengan al menos un factor de riesgo.

Protección inespecífica:

- A) Para su abordaje, se tendrá en cuenta el contenido de los lineamientos anteriormente mencionados.
- B) Prevenir y realizar diagnóstico precoz de las situaciones de riesgo biopsicosocial y ambiental, así como de las patologías asociadas que ellas conllevan tales como: todas las patologías crónicas prevalentes en la población uruguaya, hábitos de consumo, accidentes, intentos de suicidio, violencia, conductas delictivas y patologías ambientales, entre otras.
- C) Seguimiento y evaluación del entorno familiar y / o social de las/los adolescentes mediante consultas programadas, visitas domiciliarias y /o coordinaciones interinstitucionales.

Atención

- Creación y/o adecuación de espacios sustentables, apropiados y

accesibles que atiendan la salud de las y los adolescentes cumpliendo con los estándares para servicios de calidad de OMS.

Características de estos espacios:

- a- accesibilidad geográfica, cultural, administrativa, con turnos asegurados.
 - b- Sala de espera con sanitarios accesibles y limpios.
 - c- Dos consultorios mínimo, separados y funcionando en horarios específicos que aseguren la privacidad y el respeto.
 - d- Materiales y tecnología apropiados para realizar las intervenciones básicas.
 - e- Insumos como medicamentos, preservativos, anticonceptivos incluyendo los de emergencia, folletería, cartelería y otros. Se asegurará la accesibilidad a la más amplia información en el área de una sexualidad saludable y a métodos anticonceptivos a todas y todos las y los adolescentes.
- Implementación de la atención integral priorizando el enfoque de por lo menos dos disciplinas debidamente capacitadas para su abordaje: una del área biológica y otra del área psicosocial teniendo en cuenta las siguientes características:
- a. Trabajo en equipo interdisciplinario, con tiempo propio para su conformación, planificación, coordinación, atención, seguimiento y evaluación continua.
 - b. Reuniones con el resto de los técnicos de los servicios de salud para difundir esta modalidad de atención así como con recepción, farmacia, laboratorio para favorecer la inclusión del adolescente en los dispositivos de salud que no funcionen en el mismo horario del espacio.
- Creación de una agenda para consulta programada y espontánea, que contemple:
- a. Control de el /la adolescente sano/a.
 - b. Control de la adolescente embarazada y del padre adolescente.
 - c. Atención de diferentes condiciones y problemas de salud agudos y/o crónicos con especial énfasis en lo biopsicosocial.
 - d. Seguimiento y evaluación del entorno familiar y / o social de las y los adolescentes mediante consulta programada, visitas domiciliarias, visitas al lugar de pertenencia por personal del servicio y/o a través de coordinaciones interinstitucionales.
- Control de salud de adolescentes en forma anual. En la adolescencia “temprana” (10- 14 años), vista la irrupción de los cambios biopsicosociales entre ellos los puberales, se recomienda realizarlo en forma semestral y en la adolescencia tardía (15 a 19 años) al menos en forma anual, contemplando los diferentes aspectos de la integralidad (guía de atención integral).
- Control de salud bucal semestral realizado por odontólogo (según pauta del Programa Nacional de Salud Bucal).
- Control de salud ocular a los 12 años realizado por oftalmólogo (según pauta del Programa Nacional de Salud Ocular).
- Articular el control de la adolescente embarazada con el espacio adolescente; cumpliendo de esta forma con un seguimiento adecuado y contemplando todos los aspectos básicos de la salud integral de la adolescencia, incluyendo la atención al padre adolescente.
- a- Promover la integración al equipo de trabajo, de las familias y /o referentes tanto de la madre como del padre adolescente.
 - b- Difundir la ley N° 17.386 de acompañamiento en el parto.
 - c- Promover la lactancia materna y el vínculo temprano del binomio madre- hijo / a.
 - d- Promover el control del puerperio, brindando orientación en métodos

anticonceptivos con fácil acceso y disponibilidad de los mismos.
e- Promover el acompañamiento de las y los adolescentes por personal especialmente formado, en el primer año de vida de su hijo/a, brindándoles apoyo en el mantenimiento y/ o construcción de proyectos de vida.

- Atender los problemas de salud agudos y/crónicos, específicos o no de esta etapa de la vida, focalizando las acciones de acuerdo a las pautas de atención y tratamiento.
- El equipo de salud adolescente deberá articular estrategias con los referentes de la red de drogas del 1er nivel de atención y viceversa.
- Articular con los niveles de mayor complejidad la atención integral de adolescentes estableciendo un sistema de referencia y contrarreferencia ágil.
 - Creación progresiva de espacios específicos para adolescentes en esos niveles que asegure la continuidad en la atención.

Rehabilitación

- Garantizar la rehabilitación en la atención integral que contemple los aspectos biopsicosociales, coordinando acciones interinstitucionales de manera de optimizar recursos locales, técnicos, materiales y locativos.

Coordinación interinstitucional e intersectorial

- Promover la articulación interinstitucional e intersectorial frente a problemas de salud en todas aquellas situaciones que requieran la intervención de otras dependencias gubernamentales o no gubernamentales.

III. Promover la participación de las y los adolescentes, tendiendo a lograr el ejercicio de la ciudadanía plena.

Objetivos específicos

- 3.1 Crear y /o utilizar espacios ya existentes de integración y participación de adolescentes, logrando identificar por sus cualidades y aptitudes personales jóvenes que deseen formarse como promotores juveniles de salud.
- 3.2 Fortalecer la red de adolescentes y la de adultos referentes en la elaboración de propuestas destinadas a este grupo etario.

Metas

- Lograr diferentes niveles de participación de la población adolescente en el cuidado de su salud en un año.
- Monitoreo del funcionamiento de la red de adolescentes a nivel nacional.
- Elaboración de al menos 2 propuestas de alcance nacional que involucren a la adolescencia en el término de 1 año

Contenidos y lineamientos

Se deberá crear y/ o fortalecer espacios de pertenencia de las y los adolescentes, donde se generen actividades de promoción de salud, auto cuidado y cuidado mutuo y se discutan problemas de la comunidad.

Se intentará identificar aquellos jóvenes sensibilizados en temas de salud, colaborando en su formación como promotores juveniles, así como sostener y acompañar a los ya formados en distintas áreas en sus actividades dentro y fuera el espacio adolescente.

Podrán promoverse tareas de adecuación de espacios comunitarios como de expresión cultural, que determinen mejoras del medio ambiente de acuerdo a la realidad de las/los adolescentes y a la realidad local.

Se estimulará la realización de trabajos de investigación y formulación de proyectos que involucren a la comunidad escolar, liceal, o que asista a un espacio recreativo u ocupacional.

Se estimulará y acompañará a los jóvenes en la conquista de los medios de comunicación local, zonal, barrial y masiva.

Se propenderá a la creación de redes locales y regionales con participación de los y las adolescentes, fortaleciendo su participación en las propuestas y ejecución de políticas públicas en juventud.

Se coordinarán instancias de sensibilización de los referentes adultos, familias, educadores y técnicos en temáticas específicas y de acuerdo a las necesidades locales.

Especial cuidado deberá ponerse en la formulación de proyectos que potencien la integración intergeneracional como elemento de crecimiento y desarrollo de la comunidad.

Se estimulará la participación de adolescentes en la red de Adolescencia central en tanto sujetos de derecho para ejercer su ciudadanía a nivel local, zonal y también central.

Asimismo se estimulará la participación juvenil a través de líderes elegidos por los propios adolescentes en la elaboración y monitorización de proyectos que contribuyan a la construcción y adecuación de acciones del Programa Nacional de Adolescencia.

IV. Promover y liderar la creación de un Plan de Adolescencia y Juventud, con carácter intersectorial dando participación a la comunidad y a las familias.

Objetivos específicos

4.1 Lograr la coordinación y transversalización de este Programa con los otros programas de la DIGESA.

4.2 Implementar coordinaciones intersectoriales con los sectores involucrados en el desarrollo de adolescentes como Ministerio de Desarrollo Social (INJU, INAU, INFAMILIA) Ministerio de Educación y Cultura, CODICEN, Ministerio del Interior, Ministerio de Turismo y Deportes, Universidad de la República, Intendencias, y organizaciones no gubernamentales.

Metas

- Elaboración de 2 propuestas sobre trabajo en salud adolescente conjuntas con otros programas del MSP en el término de 1 año.
- Elaboración de al menos 1 propuesta y su evaluación intersectorial con el sector educación y /o recreación y deportes u otros, en el término de 1 año.

Actividades

- Coordinación con todos los programas del MSP .
- Coordinación interinstitucional, intersectorial en los diferentes niveles que correspondan impulsando la creación de convenios, acuerdos para la realización de diferentes proyectos.
- Fortalecimiento de la red de adolescencia y la de sus referentes.
- Coordinación con instituciones educativas, organismos no gubernamentales o referentes de grupos donde se encuentren las/los adolescentes, posibilitando una intervención temprana y oportuna de los equipos de atención integral.

EVALUACIÓN

Indicadores según objetivo específico:

Objetivo específico 1:

- $\frac{\text{Nº de Instituciones que recibieron el Programa}}{\text{Total de Instituciones que integran el SNIS}} \times 100$, en 1 año =
- Total de actividades de difusión del Programa a la comunidad, por Institución, por Departamento, a nivel nacional, en el término de 1 año.
- Redacción de los componentes que integran el Plan de Prestaciones en 1 año.
- Elaboración del diagnóstico de situación de salud y de necesidades de la población adolescente uruguayana en 1 año.
- Elaboración del Proyecto “Observatorio Nacional de Adolescencia” en 1 año

Objetivo específico 2:

- Nº de instituciones que recibieron instancias de difusión y/o capacitación del Programa.
- $\frac{\text{Nº de instituciones que usan los instrumentos del Programa}}{\text{Total de instituciones que recibieron capacitación en su uso}} \times 100 =$
- Nº de Instituciones que implementaron instancias de capacitación / Nº total de instituciones que integran el SNIS.
- Informe del seguimiento de los proyectos del Programa.

- Nº espacios adolescentes, rurales -urbano, públicos o privados a nivel nacional / Población adolescente por departamento y por año.

- Nº de espacios de calidad según normas OPS / Nº de espacios creados. Por departamento y por año.

- De disponibilidad de RRHH:

Hs. Técnicos (médico, psiquiatra, psicólogo, ginecólogo, nutricionista, enfermero y otros) / población adolescente.

Se valorará por institución, por departamento, a nivel nacional, por año.

Hs. Técnico en atención de adolescentes / total horas técnico contratadas.

- Nº de SIA expedidos / población adolescente =
(por departamento, por Institución y por año)

- Nº de carné expedidos / población adolescente=
(por departamento y por Institución y por año)

Objetivo específico 3:

- Lectura de registros como fotos, videos y otros.

- Nº de instituciones que desarrollaron actividades con participación de adolescentes / Nº de instituciones que integran el SNIS

- Nº de instituciones que participaron en la formación de promotores juveniles en un año.

- Informe de seguimiento del funcionamiento de la red de Adolescencia al año.

Objetivo específico 4:

- Nº de Programas coordinados en DIGESA / Nº de Programas DIGESA

- Nº de coordinaciones intersectoriales.

IMPACTO DEL PROGRAMA

- Al año haber realizado el diagnóstico de la situación de salud e identificado las necesidades de las y los adolescentes uruguayas/os
- A los 2 años y luego de haber realizado el diagnóstico de situación de la población adolescente, verificar los cambios en la calidad de la atención brindada por todas aquellas instituciones que tengan bajo su responsabilidad la atención integral de adolescentes
- A los 3 años realizar el seguimiento de la situación de salud de la población adolescente del Uruguay habiendo establecido un indicador de salud biológico (salud bucal, nutrición, embarazo adolescente u otro) y uno de salud mental (depresión, IAE u otro).

BIBLIOGRAFÍA

1. Abal A, Cheroni A, Leopold S. Adolescencia e Infracción. Una aproximación a la construcción subjetiva. Montevideo: Cenfores. Rosgal S A; 2005.
2. Aguirre R, Bonino M, Espino A, Sapriza G. Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay. Uruguay: Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. MSP- OPS-UNFPA; 2006.
3. Alberti M, Fernández A, Ferrari A M y otros. Informe del Comité de Auditoría de Fallecidos. Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. 2000-2006. Arch Peditr Urug 2007; 78(1): 48-53.
4. Arias A, Morales M. En la esquina...trampas y desafíos. Adolescencia en situación de esquina. En: Adolescencia y Educación Social: un compromiso con los más jóvenes. Montevideo: INAU- Cenfores; 2005.
5. Bailador P, Viscardi N, Dajas F. Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. Rev Med Uruguay 1997; 13: 213-223.
6. Barquin M. Dirección de hospitales 7ª ed. México: Mc Graw-Hill 2003.
7. Birraux A, Fioni M, Ginés A y otros. Adolescentes hoy. En la frontera entre lo psíquico y lo social. Montevideo Uruguay Ed Trilce. 2005
8. Caetano G. Veinte años de democracia. Uruguay: Ed. Taurus; 2005.
9. Castellano Barca G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. . Madrid: Ed. Ergon; 2004.
10. Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley Nº 17.823 (7 set 04).
11. Comité de los Derechos del Niño del Uruguay. La incorporación de los derechos del niño a las políticas públicas en el Uruguay; Seminario IMM, Montevideo, nov. 2000.
12. Convención sobre los derechos del niño. 20 de Noviembre 1999. UNICEF.
13. Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev. Med. Uruguay 1991; 6:203-215.
14. Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual. Rev Med Uruguay 2001; 17: 24-32
15. Dever A. Epidemiología y Administración de Servicios de salud. Washington DC: OPS OMS; 1991.
16. De Rosa R y cols. Adolescencia. Buenos Aires: Ed. FADA; 2002.
17. Donas Burak S (compilador). Adolescencia y juventud en América Latina. Costa Rica: Ed. LUR; 2001.
18. Duarte J C (Juez de Familia de 1ª Instancia de 1er Turno) ; Conferencia: "El derecho de niñas, niños y adolescentes a ser oídos" 5ª Jornada de Adolescencia del Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo. 29 de noviembre 2006.
19. Dulanto Gutiérrez E. El Adolescente. Méjico: Ed. Mac Graw-Hill; 2000.
20. El marco conceptual de la Salud Integral del Adolescente y de su cuidado. Washington DC: OPS; 1990.
21. Erosa D. De duelos y nuevas reglas. Semanario Brecha 29 de junio 2007.
22. Falke G. Adolescencia, Familia y Drogadicción. Argentina: Ed. Atlante; 1998.
23. Gentile Ramos I. Puericultura y pediatría social 2ª ed. Montevideo Uruguay. Ed: librería médica 1988.
24. Giaimo M A. Mapa Social de la Pobreza. Una capital, 2 ciudades. Uruguay. Semanario Brecha, octubre 2004.
25. González Ortuy P. Evaluación de Programas. En: Programa participativo en salud

- comunitaria. Uruguay: Ed. Comisión sectorial de educación permanente de la Facultad de Enfermería. UDELAR; 2005.
26. Greydemus D, Rimsza M, Patel D; Prefacio: Salud en el ámbito educativo. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol 52 N° 1 Ed Masson, 2006
 27. Junta Nacional de Drogas. Drogas: más información menos riesgos. Uruguay: Junta Nacional de Drogas; 2003.
 28. Junta Nacional de Drogas. Pasta Base de cocaína. Prácticas y Gestión de riesgos en adolescentes uruguayos. Uruguay: Junta Nacional de Drogas; 2006.
 29. La Rosa Huertas L. Servicios diferenciados, servicios diferentes. Gestión de la atención de salud de l@s adolescentes y jóvenes en Chile y Perú. Lima: Ed. Spaj; 2001.
 30. La Rosa Huertas L . Modelos de atención de salud para adolescentes en el sector público. Estudio de 10 experiencias en el Perú. 2ª edición. Lima: Ed. Spaj; 2002.
 31. López Gómez A, compiladora. Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004). Montevideo: UDELAR. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. (Facultad de Psicología). UNFPA; 2005.
 32. Maddaleno M, Morillo P, Infante- Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud pública de México/ vol 45, suplemento1 de 2003.
 33. Magnífico G, Pujadas M. Indicadores de salud. En: Etchebarne L (compiladora). Temas de medicina preventiva y social. 3ª edición. Montevideo: Ed. Oficina del libro FEFMUR; 2001.
 34. Méndez Ribas J y cols. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana. Argentina. Ed.: Ascune 2005
 35. Michelini M L , Giambruno G, Foren M, Portillo J. Indicadores y políticas de salud en la infancia, primer nivel de atención. Publicación de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Uruguay: SUP; 2003.
 36. Molina R, Sandoval J, González E. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Chile Ed. : Mediterráneo. 2004
 37. Moreno E Política de salud del adolescente. En: Módulo 1 de EDISA. Buenos Aires: UBA; 1992.
 38. Negro R C, Gentile Ramos I. Clínica Pediátrica. Tomo IV. Montevideo Uruguay: Ed Delta; 1985.
 39. OPS. Municipios y comunidades saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. Washington DC: OPS; 2006.
 40. MSP. Normas de atención integral de la salud de la adolescencia. Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2003.
 41. MSP. Plan Nacional de Atención Integral a la niñez, adolescencia y salud reproductiva. 2000-2003. OPS- MSP-FISS Montevideo- Uruguay. 1999.
 42. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescencia. Cuba: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar; 2000.
 43. Oliver i Ricart Q. Una mirada a la situación de la prostitución infantil y adolescente en Uruguay. Montevideo: UNICEF; 2001.
 44. Piédrola Gil. Medicina preventiva y salud pública. 1ª edición. Barcelona: Ed. Masson; 2001.
 45. Posada Díaz Á, Gómez Ramírez J, Ramírez Gómez H. El niño sano. 3ª edición. Bogotá: Ed. Panamericana; 2005.
 46. Proyecto Adolescencia Buenos Aires 1992/93/94. Propuesta para un Modelo de Atención Integral Asistencial-Docente/ Intra-Extrahospitalario. Buenos Aires. Ed.

FUSA; 2000.

47. Puga T. Los derechos del niño. Arch. Argent. Pediatr 2001; 99(2) / 150.
48. Raynald Pineault M D. La planificación sanitaria. Concepto, métodos, estrategias. Méjico: Ed. Masson; 1995.
49. Rodríguez Almada H, García Maggi I, Ciríacos c. Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. Rev Med Uruguay 2005; 21: 141-150.
50. Rodríguez E. Participación juvenil y políticas públicas en América Latina y el Caribe: algunas pistas iniciales para reflexionar colectivamente. Documento Base del Foro Electrónico sobre Organizaciones Juveniles en la Región Andina. CELAJU dic 2004.
51. Rodríguez de la Parra S, Carbelo Baquero B. autocuidado en el adolescente. Tev ROL. Enf 1999; 22(7-8):497-505.
52. Santi L y otros. Adolescencia. Salud integral y embarazo precoz. Documento especial N°3. MSP- UNICEF. Uruguay: 1994
53. Schutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas. Washington DC: OPS; 2003.
54. Silber T, Munist M, Maddaleno M y Suárez Ojeda E. Manual de medicina de Adolescencia N°20. Washington DC: OPS. Ed Paltex; 1992.
55. Tassel A. Calle del Tag. En: Pensar la adolescencia de Aubert A, Birraux A, Caule E y otros. Montevideo Uruguay: Ed. Trilce; 2004
56. Torres M (compilador) y otros. Niños fuera de la ley. Niños y adolescentes en Uruguay: exclusión social y construcción de subjetividades. Uruguay: Ed. Trilce; 2005.
57. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2006. Excluidos e invisibles. Nueva York: UNICEF; 2005.
58. UNICEF. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2005. Montevideo: Tradinco S A; 2006.
59. UNICEF. Observatorio de los derechos de la Infancia y la adolescencia en Uruguay 2006. Montevideo: Tradinco S A; 2007.
60. Viola L, Martinez-Schiavo A, Pazos M. La emergencia en Psiquiatría Pediátrica. En: Bello o, Sahabiague G, Prego J, De Leonardis D. Pediatría: urgencias y emergencias. Montevideo: Ed. Biblio Médica; 2003.
61. Zamora R. Pautas para la atención del adolescente en la práctica corriente. Arch. Pediatr. Uruguay 57 (4): 197; 1986.

Material en **soporte electrónico**:

62. Comisión de Educación Sexual de ANEP-CODICEN. La incorporación de la Educación Sexual en el sistema educativo formal: una propuesta de trabajo. Montevideo: CES; 2007. Se consigue en URL: <http://www.ces.edu.uy>
63. Friedmann D, Lima M. E. Maltrato: los niños rompen el silencio (citado en Abril 2007). Se consigue en: URL: <http://www.uruguaysolidario.org.uy>
64. Gurises Unidos. Cuantificación de niños, niñas y adolescentes en situación de calle en el departamento de Montevideo y Área Metropolitana (citado en setiembre 2003). Se consigue en URL: <http://www.espectador.com>. INAU.
65. MIDES. Informe: La situación de la infancia y la adolescencia en Uruguay. Se consigue en URL: <http://www.joveneslac.org>
66. Propuesta de reorganización institucional. Uruguay: Inau; Agosto 2006. Se consigue en URL: <http://www.inau.gub.uy>

67. UNICEF. El trabajo infantil y adolescente en Uruguay y su impacto sobre la Educación. Análisis de la situación en la década pasada y el presente. Montevideo: UNICEF; 2003. Se consigue en URL: <http://www.unicef>.