

Género y salud adolescente: imaginarios profesionales y prácticas que impactan en la calidad de atención en servicios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

POR DÉBORA TAJER (1), GRACIELA REID (2), MARIANA GABA (3), MARÍA EUGENIA CUADRA (4), MÓNICA SOLÍS (5) Y JULIANA FERNÁNDEZ ROMERAL (6)¹

Resumen

Se presentan los principales resultados de la investigación UBACyT 2013/2016 “Equidad de Género en la Calidad de Atención en Adolescencia” cuyo objetivo fue identificar, desde una perspectiva de género y salud colectiva, los imaginarios profesionales de integrantes de equipos de salud que atienden adolescentes y el impacto que los mismos pudieran producir en la calidad de atención. El estudio tuvo carácter exploratorio-descriptivo y se utilizó una metodología cualitativa para la recolección de datos y el análisis de la información. Se realizaron 34 entrevistas, en 7 efectores de salud (hospitales públicos, clínicas privadas y hospitales comunitarios de la Ciudad de Buenos Aires) a integrantes de equipos interdisciplinarios de salud en diferentes servicios de pediatría y adolescencia y a 5 informantes claves. Se presentarán los principales hallazgos en los 7 ejes indagados: 1) epidemiología diferencial por género; 2) violencia; 3) consumo problemático de sustancias; 4) nutrición; 5) salud sexual y reproductiva; 6) diversidad sexual y 7) calidad de atención respecto de estándares en servicios amigables para adolescentes.

Palabras clave: salud, adolescencia, género, imaginarios sociales, calidad de atención.

Abstract: “Gender and adolescent health: professional imaginaries and practices that impact the quality of health care in the City of Buenos Aires”

The main results of the UBACyT 2013/2016 research “Gender Equality in adolescent health care attention” are presented. The main purpose of this research was to identify, from a gender and collective health care perspective, the imaginaries that professionals in adolescent health care services have, and which could have an impact in health care quality. The study had a descriptive and exploratory nature, with a qualitative methodology in data gathering and analysis. 34 interviews were conducted in 7 different health care facilities (public hospitals, private clinics and

¹ Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (1) debora.tajer@gmail.com. (2) graciela-beatrizreid@gmail.com. (3) marirgaba@gmail.com. (4) eugeniacuadra@gmail.com. (5) lic.monicaasolis@gmail.com. (6) julianafr.uba@gmail.com.

community health care centers in the city of Buenos Aires) to members of interdisciplinary teams in different pediatric and adolescent services. 5 key informants were also interviewed. The findings of the 7 dimensions explored will be presented: 1) differences in epidemiology by gender; 2) violence; 3) problematic substance use; 4) nutrition; 5) reproductive and sexual health; 6) sexual diversity and 7) quality of attention regarding amicable standards for adolescent health care services.

Key Words: Health, Adolescence, Gender, social imaginaries, quality of health care attention.

Introducción

La investigación “Equidad de Género en la Calidad de Atención en Adolescencia”, proyecto UBACyT –realizado entre los años 2013 y 2016– tuvo por objetivo identificar, desde una perspectiva de género, subjetividad y salud colectiva (Mercer et.al. 2008; Tajer, 2009; Gómez Gómez, 2011; De Keijzer, 2013)², los imaginarios profesionales de integrantes de equipos de salud que atienden adolescentes y el impacto que los mismos pudieran producir en la calidad de atención. Dicha investigación le da continuidad a estudios anteriores, realizados por el mismo equipo, en los cuales se indagó también la equidad³ de género en la calidad de atención pero en otra franja etaria: la niñez. Esta investigación tuvo un carácter exploratorio-descriptivo, utilizando las entrevistas como metodología de recolección de datos. Se realizaron un total de 34 entrevistas a integrantes de equipos interdisciplinarios de salud en diferentes servicios de pediatría y adolescencia en 7 efectores de salud (hospitales públicos y centros de salud y acción comunitaria, clínicas privadas y hospitales de comunidad⁴ de la Ciudad de Buenos Aires) y a 5 informantes claves.

En este trabajo se presentan los principales hallazgos en los 7 ejes indagados: 1) epidemiología diferencial por género; 2) violencia de género y noviazgos violentos; 3) consumo problemático de sustancias; 4) nutrición; 5) salud sexual y reproductiva; 6) diversidad sexual y 7) calidad de atención respecto de estándares en servicios amigables para adolescentes. El propósito de esta línea de investigación busca aportar elementos que enriquezcan la práctica de quienes integran equipos de salud, siendo el objetivo general de este artículo arrojar pistas acerca de cómo los imaginarios y su respectivo impacto en las prácticas, pueden implicar la reproducción de sesgos de género en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas pudiendo éstos, a su vez, repercutir en la calidad de atención.

2 Este enfoque se encuentra desarrollado en el apartado “Estado actual del conocimiento sobre el campo de problemáticas estudiado”.

3 En el presente escrito se hace referencia a la noción de *equidad* puesto que la misma propone un trato diferencial para garantizar así la igualdad (Gaba, 2012). En este sentido se entiende por equidad de género tomar en consideración las necesidades específicas de cada colectivo genérico para garantizar la igualdad de condiciones en el proceso de salud-enfermedad-atención.

4 Los hospitales de comunidad son aquellos que se constituyen como organizaciones civiles sin fines de lucro, por lo general a partir de una comunidad específica.

Estado actual de conocimiento sobre el campo de problemáticas estudiado

En Argentina, la población adolescente representa casi una quinta parte del total (17,6%), constituyéndose como el grupo poblacional más numeroso. Según datos del Ministerio de Salud de la Nación (2011), la composición por sexo no muestra diferencias significativas, dado que de cada 100 adolescentes 51 son varones y 49 son mujeres. Asimismo –en coherencia con los principios de Derechos Humanos y los estándares internacionales– se produjeron modificaciones que iniciaron el tránsito desde un abordaje guiado por el paradigma tutelar de la infancia y adolescencia hacia un paradigma de protección de derechos (Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, 2010). En esta línea, se impulsaron políticas públicas orientadas a garantizar en la adolescencia el acceso a la atención en el sistema de salud. Por ejemplo, la edad solía ser una barrera de acceso al sistema de salud, siendo ahora un hecho que a partir de los 14 años los/as adolescentes pueden asistir a la consulta sin una persona adulta. Asimismo, la legislación vigente les asegura la confidencialidad en las consultas realizadas⁵ en consonancia con el principio de autonomía progresiva.

Pese a los múltiples avances identificados, los sistemas de atención de salud continúan evidenciando brechas en materia de género y salud en la adolescencia (Sen & Östlin, 2007). Ni los marcos normativos ni las políticas públicas *per se* aseguran la modificación inmediata de las representaciones y prácticas tradicionales arraigadas en aquellas instituciones encargadas de efectivizar estos derechos (Maceira, 2012). Es decir, la perspectiva de derechos no implica una adhesión inmediata de las instituciones y sus equipos de salud, en tanto los prejuicios, concepciones y creencias de los equipos sanitarios constituyen una de las barreras de atención más difíciles de reconocer y revertir (UNFPA-INSGENAR, 2010).

Las categorías de género y adolescencia constituyen nociones socio-históricas y políticas que atribuyen significaciones imaginarias al ser varón, mujer, adolescente en cada persona y en determinados contextos, instituciones y disciplinas. Estas significaciones instituyen realidad y remiten a una producción colectiva que se despliega y reconoce discursivamente en las respuestas de quienes participaron de este estudio. Siguiendo esta línea, los/as integrantes de los equipos de salud suelen no tener un registro consciente cuando actúan desde sus imaginarios profesionales, creyendo que sólo operan desde sus conocimientos científicos (Tajer et al., 2014). Cabe destacar que se entiende por imaginarios profesionales a aquellas creencias, percepciones y prácticas que se configuran en un campo de actividad

5 La Convención de los Derechos del Niño (ONU, 1989), la Ley N° 26.061 (2005) de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, la Ley N° 25.673 (2002) de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley N° 26.529 (2009) de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado y la Ley Nacional de Identidad de Género N° 26.743 (2012), forman parte de este cuerpo normativo. La reforma del Código Civil y Comercial de la Nación (2014) introdujo modificaciones (artículo 26), según las cuales se establece la presunción de que los/as jóvenes entre 13 y 16 años tienen aptitud para decidir por sí en tratamientos no invasivos y que a partir de los 16 años se les considera como adultos/as en lo relativo a las decisiones sobre el propio cuerpo.

profesional específico. Los imaginarios sociales más amplios (Castoriadis, 1983) -en tanto universo de significaciones que articulan la sociedad, sus necesidades y que, como esquema organizador, crea las condiciones de representabilidad del grupo-, encuentran formas de incidir, articular y crear imaginarios específicos de campos profesionales, con impacto en el rol, la toma de decisiones, entre otros. Por lo tanto, se puede decir que los imaginarios profesionales explorados dan forma a las prácticas concretas en el ámbito de la salud e impactan en decisiones diagnósticas, terapéuticas y orientaciones hacia los/as adolescentes y sus familias. Cabe destacar la existencia de consenso internacional en la necesidad de incorporar la perspectiva de género a lo largo del ciclo vital en la promoción y la atención de la salud (OMS, 2007; OMS/OPS, 2008; OMS, 2015), siendo la adolescencia un período fundamental al cual prestar atención. El enfoque de género brinda elementos para entender de forma compleja los procesos de salud-enfermedad-cuidados, incorporando tres niveles de análisis: 1) Las diversas problemáticas de salud que se presentan en la infancia y adolescencia asociadas a los roles de género; 2) La provisión diferencial de servicios a niños/as y adolescentes, conocida como “disparidades de género”; y 3) La manera en la cual, quienes proveen estos servicios, debieran considerar los roles de género y su impacto sobre la salud para brindar una mejor atención (Mercer et al., 2008).

Un informe de UNICEF (2002) sugiere que las características que debe reunir un servicio amigable⁶ para adolescentes son: atención integral e interdisciplinaria, visión compartida con adolescentes y jóvenes, horarios accesibles, atención gratuita, adaptado a la cultura juvenil y un ámbito de atención exclusivo para adolescentes. En consonancia, desde el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, 2010) se plantea que las características indispensables de un espacio amigable para la atención de adolescentes son la equidad, accesibilidad, aceptabilidad y que resulte apropiado y efectivo. En Argentina, se ha identificado que las principales barreras que encuentran los/as adolescentes para acudir a los servicios son: recepción que viola el derecho a la privacidad, falta de lugar específico de consulta, asunción de la adolescencia como patología y juicio de valor moral (Zingman, 2010).

Desde el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia se plantean como desafíos para la elaboración de políticas públicas el abordaje de varias problemáticas: el hábito de fumar, el abuso de alcohol, los embarazos no planificados, el VIH, el sobrepeso, la obesidad y el aumento de complicaciones por malnutrición desde una perspectiva de autonomía progresiva (Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, 2010). Dichas problemáticas, desde el enfoque de esta pesquisa, pueden adquirir mayor eficacia en su atención si se incluye un componente de género a las mismas, en tanto: 1) contribuyen a

⁶ Estos servicios son definidos como espacios donde los/as adolescentes encuentran oportunidades de salud, cualquiera sea la demanda que les lleve al ámbito sanitario siendo agradables para los/as adolescentes y sus familias debido al vínculo establecido entre ellos y el equipo de salud y por la calidad de sus intervenciones (Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, 2010).

la comprensión de cómo ciertos factores biológicos y sociales que diferencian a los géneros se traducen en conjuntos particulares de riesgos, vulnerabilidades, y consecuencias para la salud; 2) partir de tal comprensión, el análisis permite identificar las barreras diferenciadas por género económicas, culturales, legales que inhiben el ejercicio del derecho a la salud por parte de ciertos grupos y 3) a partir de la identificación de estas barreras, el análisis proporciona elementos para la eliminación de las mismas (Gómez Gómez, 2011).

Sobre la calidad de atención médica existen evidencias de cómo el género marca de manera significativa diversos aspectos ligados a la misma (Pittman y Hartigan, 1996; Tajer et al, 2002, 2003). Entre los cuales se encuentran aquellos aspectos que podríamos caracterizar como intersubjetivos: intercambio de información y relación interpersonal, entre otros (Bruce, 1990). Asimismo, inciden en la calidad de atención (Standing, 2000) los aspectos ligados a la demanda de los/as pacientes (y de sus familias, en este caso) que presentan diferencias entre varones y mujeres (Tajer, Costa y Hamman, 2000). Investigaciones anteriores realizadas por este equipo, incorporan las categorías de género y etapa vital en la evaluación de los fenómenos intersubjetivos que inciden en la calidad de la atención en la salud integral (Tajer et. al, 2008).

En lo que respecta a la inequidad de género en la calidad de atención, tomando a la inequidad como las diferencias y similitudes injustas e innecesarias en el grado de satisfacción de necesidades (Whitehead, 1990) se puede destacar que el problema puede basarse en: 1) la entrega de una atención igual para ambos sexos cuando las necesidades de género no son iguales⁷; 2) la entrega de atención diferente cuando las necesidades no son diferentes⁸ y 3) un trato que refuerza los estereotipos de género⁹.

7 Esto se observa, por ejemplo, en la vulnerabilidad diferencial por género frente a la enfermedad coronaria. Cuando no se percibe dicha diferenciación, a las mujeres se las atiende a partir del modelo universal masculino de construcción del riesgo y de la manera de enfermar. Entonces, los varones tienen más riesgo de padecer una cardiopatía isquémica por razones de género, pero las mujeres son peor atendidas y presentan una mayor mortalidad también por razones de género. En una misma patología, se observa una inequidad en el riesgo para los varones e inequidad en la calidad de atención para las mujeres (Tajer; 2009, 2012)

8 La presentación inespecífica de los síntomas coronarios -que es más común en las mujeres- suele tener como efecto que los/as médicos/as tarden en realizarles los estudios correspondientes para diagnosticar dificultando su atención precoz y eficaz. Frente a los mismos síntomas, a los varones se les suele hacer estudios de forma inmediata para descartar un evento coronario (Tajer, D.; Reid, G.; Gaba, M.; Lo Russo, A.; Barrera, I.; 2013)

9 Cuando las mujeres consultan, las indicaciones respecto a cómo continuar un tratamiento están dirigidas a ellas. En cambio, cuando los varones llegan a consulta suele incluirse en la misma a la mujer acompañante, ya que será a quien irán dirigidas las indicaciones sobre la continuación del tratamiento. Esta práctica se basa en la idea de que las mujeres están mejor capacitadas para llevar adelante los cuidados en salud -propios y de terceras personas-, con la consecuente sobrecarga y desgaste que ello implica (Tajer; 2009).

Metodología

Esta investigación tuvo por objetivo explorar y analizar desde una perspectiva de género, salud colectiva y subjetividad los imaginarios profesionales de quienes integran equipos de salud respecto de diversas demandas de la población adolescente atendida. Se hizo especial hincapié en los imaginarios de los equipos sanitarios. Cuando se rastrean imaginarios sociales, bien sea en prácticas institucionales, comunitarias o grupales- es necesario idear estrategias, plantear metodologías o crear dispositivos que permitan distinguir insistencias e indagar en las prácticas mismas (Fernández, 2007). Para lograr este objetivo se utilizó un enfoque cualitativo (Valles, 1997) y un diseño exploratorio-descriptivo. El tipo de muestreo utilizado fue de avalancha o bola de nieve, a través del cual informantes van recomendado participantes para entrevistar. El tamaño muestral fue de tipo finalístico -es decir, aquella en la cual se incluye una búsqueda de casos confirmantes y desconfirmantes- a partir de la premisa del enriquecimiento y desafío de las conceptualizaciones, hasta llegar a un punto de saturación. Esto fue realizado escogiendo casos paradigmáticos del perfil seleccionado. La unidad de análisis estuvo conformada por integrantes de equipos de salud -médicos/as pediatras, generalistas, psiquiatras, enfermeros/as y psicólogos/as- que atienden adolescentes y por informantes claves que fueron seleccionados/as intencionalmente con el criterio de que sean referentes en los ejes de indagación de esta investigación, sea por su ámbito de especialidad, de acción o de responsabilidad.

Técnica de recolección y análisis de datos

Se realizaron entrevistas en 7 servicios de pediatría y/o programas de atención de la adolescencia de la Ciudad de Buenos Aires: 5 de ellos públicos y 2 privados.

Se utilizó la entrevista semi-estructurada por ser considerada una herramienta facilitadora en situaciones donde se pretende que las personas entrevistadas expresen sus puntos de vista sobre un determinado tema o experiencia (Hernández et al., 2006). Los presupuestos en los que se basa dicha concepción son, según Guber (2004), que para conocer una unidad sociocultural se puede recurrir a la entrevista a sus miembros porque cada sujeto es una síntesis global que permite conocer -mediante sus respuestas- los hechos y normas dominantes de una determinada unidad social, aunque dicha respuesta sea sustentada individualmente y revele la opinión personal del sujeto.

Para realizar la entrevista se elaboró una guía de preguntas en la cual, luego de recolectar datos socio-demográficos, modalidades de inserción laboral en la institución de referencia y modalidades de consulta de los/as adolescentes y sus familias, se profundiza en los imaginarios de quienes integran los equipos de salud sobre los temas de género en la atención de la salud en la adolescencia en relación a los siguientes ejes temáticos: 1) epidemiología diferencial por género; 2) violencia; 3) consumo problemático de sustancias; 4) nutrición; 5) salud sexual y reproductiva; 6) diversidad sexual y 7) calidad de atención respecto de estándares en servicios amigables para adolescentes. En todos los ejes se exploró transversalmente el grado

de incorporación de la perspectiva de género en el ámbito científico-académico; los imaginarios profesionales y los aspectos relativos a la demanda de las familias y los/as adolescentes que podrían tener implicancias en la toma de decisiones y en la conducta profesional. Para el análisis, se utilizó un método de análisis de contenido temático (Bardin, 1991; Hernández et al., 2006).

Consideraciones éticas del estudio

Para resguardar los aspectos éticos de la investigación se diseñó e implementó con las personas entrevistadas un consentimiento informado que contempló las recomendaciones del protocolo de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) en las investigaciones en salud humana.

Resultados

A continuación se presentarán los hallazgos principales en cada uno de los ejes temáticos.

Eje 1: Epidemiología diferencial por género

Los equipos de salud observan que los varones adolescentes no suelen ir a consulta sino que son llevados para realizar un control o el apto médico escolar, por alguna persona responsable en su entorno cercano que, en general, son mujeres. Asimismo, identifican que ingresan más al sistema de salud en urgencias, es decir que los mismos llegan por accidentes y/o intentos de suicidio. Al respecto un entrevistado refirió que:

Hay más accidentes y mortalidad en la adolescencia tardía que en la temprana... las peleas entre pares son mucho más violentas a los diecinueve o dieciocho años que a los trece, catorce años (...) el varón tiene históricamente el rol protagónico de macho, de tener que pelearse, de que nunca le va a pasar nada, que tiene que demostrar a los pares (...) Y me parece que se transmite esa cosa familiar, cultural de que el varón no hace falta que se cuide, que no hace falta que vaya al médico o que sus límites en su organismo son muy altos y pueden tolerar cualquier cantidad de alcohol y cualquier cantidad de droga. (Pediatra 7, Médico de Planta, Hospital Público).

Los equipos de salud destacan el efecto que posee en la morbimortalidad de los varones el ideal de la masculinidad hegemónica y como desencadenante incluyen los consumos problemáticos de sustancias -liderado por las bebidas alcohólicas-, la transgresión como una característica de la etapa vital y como causa de esta época, la resolución violenta de los conflictos interpersonales. La socialización en los valores de la masculinidad hegemónica constituye un triple factor de riesgo: para las mujeres, para otros varones y para cada varón contra sí mismo (De Keijzer, 2013). Las mujeres adolescentes, en cambio, asisten a consultas con mayor frecuencia y

vinculadas, principalmente, a los siguientes motivos: a) salud sexual y reproductiva -más específicamente a la continuidad o interrupción del embarazo-; b) violencia de género: las consultas mayoritariamente serían por abuso sexual y noviazgos violentos. Cabe destacar que la violencia muchas veces no aparece como desencadenante de la consulta sino que estas problemáticas aparecen enmascaradas como demandas de salud mental -padecimiento de ataque de pánico, depresión o angustia-; y c) trastornos alimentarios: bulimia y anorexia.

Los suicidios logrados son más frecuentes en varones. Las mujeres presentan altas tasas de intentos de suicidio que son llevados adelante a través de la ingesta de pastillas y/o por la producción de cortes o autolesiones. Los equipos de salud ubican las causas en los conflictos interpersonales y familiares, por vivir en entornos que podrían caracterizarse como violentos. Con diferencias por servicio -y según el sector social que atienden- se identificó el bullying por obesidad¹⁰ como causal de intentos de suicidio.

Otro factor de riesgo que impacta en la morbimortalidad de las mujeres son los consumos problemáticos de sustancias, en tanto es una realidad que se encuentra mayormente invisibilizada a diferencia de lo que ocurre con los varones. Finalmente, por su rol de “acompañantes de varones”, las adolescentes también se encuentran expuestas a accidentes, en tanto el consumo problemático de sustancias aumenta la exposición a los riesgos, y las adolescentes, en tanto acompañantes, sufren las consecuencias de dicha exposición aunque no sean las causantes de las conductas.

Eje 2: Violencia de género y noviazgos violentos

Los equipos de salud refieren no utilizar preguntas de tamizaje para identificar violencia de género en las consultas habituales. Conocen su existencia pero no hay capacitaciones ni implementación de política pública al respecto en la Ciudad de Buenos Aires. La gran mayoría refirió sentirse con poca capacitación al respecto y, en general, frente a estas situaciones se deriva al equipo o profesional especializado/a, si es que el servicio cuenta con alguno/a. En las consultas sólo se aborda la problemática cuando hay algún indicio evidente. Al respecto, cuando se detecta una situación de violencia sexual reciente, a los equipos les resultaría más sencillo intervenir debido a la existencia del protocolo de atención para víctimas. El Hospital Argerich incorpora, desde un enfoque integral, el abordaje de la violencia de género en la historia clínica:

El tema de abuso y de violencia forma parte de algo escrito en la anamnesis. (...) No lo preguntamos hoy, lo preguntamos dentro de la próxima consulta o le re preguntamos porque algo no nos cierra. ¿De qué manera?: “¿Viviste alguna vez o alguien de tu entorno vivió (porque puede ser que no lo diga él pero otro) una situación, que vos sentiste que no correspondía?” Y ahí hay que estar mirándolo

¹⁰ En un contexto de aumento de la obesidad en la población infantil y adolescente, con especial incidencia en sectores populares.

a la cara. Y la cara va a decir. (Tocoginecóloga 9, Médica de Planta, Hospital Público).

En dicho equipo, los/as profesionales refirieron que ciertos motivos de consulta o problemáticas -bulimia, consumo problemático de sustancias, fugas del hogar, bajo rendimiento escolar- pueden tener como trasfondo situaciones de violencia de género. Este modo de abordaje contrasta con lo que se observó mayoritariamente en las instituciones privadas de atención, donde prima un modelo de abordaje médico hegemónico¹¹.

Resulta relevante destacar que los/as profesionales no relacionan los efectos de la socialización de género con las violencias entre y hacia adolescentes sino que las ligan a la producción de subjetividad en el marco del neoliberalismo, es decir, al consumo, la falta de tolerancia y la inmediatez. En las entrevistas, lo relatan de la siguiente manera:

(...) quiere tener el último celular, la última zapatilla. Porque eso me pone en un lugar de pertenencia inmediata. Y esta inmediatez lleva a la violencia (...) Entonces llegamos de la nada absoluta a: `mire, doctora, quiero que lo ponga en un juzgado... Yo no puedo más con este chico´ ¿Qué pasó en el medio? ¿Qué faltó? El chico no nació así, violento. (Pediatra 6, Médica de Planta, Hospital Público).

Algunos/as profesionales destacaron la naturalización de la violencia por parte de quienes la padecen, la cual se expresaría en el sentimiento de que es algo que les tocó y deben tolerar. Un factor de dificultad que señalaron es lo que se podría denominar, la “zona gris” de los derechos progresivos en la adolescencia y quiénes son las personas adultas a cargo. En una investigación anterior de este equipo (Tajer et.al, 2015) se ha relevado que en la niñez las instituciones de salud pública se encuentran sensibilizadas respecto de su responsabilidad de atención frente a casos donde hay abuso y/o violencia y reconocen el impacto en la salud física y mental de la violencia en niños/as. Se podría afirmar que la privatización de las situaciones de violencia (Segato, 2016), desde el sistema sanitario, comenzaría a producirse en la adolescencia, en el marco de la señalada “zona gris” de la autonomía progresiva. Es decir, que si en la adultez la violencia de género será una problemática subregistrada (Tajer, Gaba y Reid, 2011), esta situación podría encontrar antecedentes en la mencionada “zona gris” de los derechos progresivos donde no se encontraría claro para el personal de salud los alcances de su responsabilidad en estos casos a partir del trato diferencial en salud que plantea el Código Civil y Comercial de la Nación respecto de adolescentes de 13 a 16 años y mayores de 16 años. Lo señalado

¹¹ Esto implicaría, principalmente, aplicar al abordaje de la violencia la lógica bionatural de la enfermedad, desde la cual se asume a la violencia como una enfermedad, al victimario como agente etiológico y a la víctima como paciente y así se procede a identificar factores de riesgo y puntos de intervención. Se advierte que uno de los peores aportes desde el campo de la salud sería la medicalización y sostener el imaginario de que la persona que recibe atención tiene “conciencia de enfermedad” y quiere curarse (Tajer, Gaba y Reid, 2011).

se constituye en un obstáculo para dirimir cómo intervenir en estas situaciones, en tanto no habría conocimientos ni institucionalidad que funcione como respaldo al accionar de los equipos profesionales.

Eje 3: Sobre el consumo problemático de sustancias

El consumo problemático de sustancias no suele aparecer como motivo de consulta, sino que los/as profesionales van rastreando esta situación y la problematizan. Les preocupa la naturalización e invisibilización de los elevados niveles de consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y marihuana en la población adolescente. Se trataría de un consumo socialmente aceptado -tanto en la población de efectores públicos como privados- sin registro de los altos costos en la salud y en las vidas. Los/as profesionales refieren un marcado aumento del consumo de alcohol y tabaco en las jóvenes. El mismo estaría relacionado con el acceso al mundo público y el deseo de la igualdad con los varones, como resultado identifican un cambio en los patrones de consumo. Consideran que el mercado ha utilizado la aspiración de igualdad en las mujeres para aumentar sus ventas, generando de esta forma nuevos nichos de mercado con altos costos en su salud.

Los/as profesionales coinciden en el impacto sanitario de estos consumos como factores de riesgo para la salud integral -donde el tabaco se ubica en primer lugar- así como en la alteración de la autonomía que producen varias sustancias con su consecuencia en posibles conflictos con la ley penal y en la morbimortalidad diferencial por género. Observan en los servicios de urgencias ingresos por el consumo problemático de psicofármacos en mujeres que abusan de la medicalización con la cual se suele acallar el “malestar en plus”¹² (Burin, Moncarz & Velázquez, 1991). Aun así, todavía el mayor peso de consumo lo presentan los varones adolescentes, con grandes diferenciales por clase. En sectores populares, los varones consumen más marihuana que alcohol. El único consumo que en ese grupo está visualizado como problemático es el de paco o pasta base, tanto por la adicción que genera como por su letalidad.

Los equipos observan diferencias en reacciones y consecuencias por el consumo de alcohol entre los géneros. Los varones se encuentran mayormente expuestos a situaciones violentas como peleas y accidentes. En tanto que las mujeres, al sexo inseguro con la consecuente posibilidad de que se produzca un embarazo y/o la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS). Expresaron especial preocupación por la combinación del alcohol con pastillas alucinógenas de diseño, práctica cada vez más habitual en varones como en mujeres de clases media y alta.

Los equipos refieren que cuando existe una demanda concreta de atención a esta problemática, las preocupaciones suelen venir de la familia y las parejas, muy pocas veces de los/as propios/as adolescentes. Coinciden en la percepción de que no habría diferencia según el género en la aceptación al tratamiento en relación al

¹² El malestar en plus es aquel producido por la inequidad y la desigualación entre los géneros. A partir de la forma en que se singularizan estas diferencias se definen las problemáticas en salud y las psicopatologías diferenciales por género.

consumo de sustancias, puesto que nadie quiere iniciar un tratamiento. Cuando se inicia un tratamiento, la adherencia es diferente según el tipo de adolescencia que se transite, posiblemente en relación a la clase social. En menor medida, algunos/as profesionales refieren que hay mayor adherencia al tratamiento en el caso de las mujeres y lo relacionan con la salud sexual y reproductiva, más específicamente con la posibilidad de ser madres, lo cual las motivaría. Un hallazgo relevante de esta investigación es haber identificado en los imaginarios profesionales, que respecto de las adolescentes de sectores populares con consumos problemáticos, la maternidad adquiere una significación que las redimiría social y familiarmente del consumo problemático y ejercicio de la sexualidad previo. Esto es posible dado que la maternidad continúa siendo uno de los roles idealizados y asociados a una “buena” feminidad.

Eje 4: Nutrición

Los/as profesionales coinciden en señalar que los principales problemas alimentarios en las mujeres están asociados a dietas restrictivas, la bulimia y la anorexia. En los adolescentes está presente la preocupación por la imagen corporal por lo que destacan las consultas por vigorexia y obesidad. Entre los determinantes diferenciales por género de orden subjetivo de los trastornos alimentarios, ubican las crisis de identidad sexual, situaciones de abuso sexual, factores de orden familiar y dietas restrictivas vinculadas a los modelos de belleza y éxito que se les propone socialmente. Al indagar las significaciones de los/as profesionales respecto de la forma de vincular las propuestas de ideales estéticos a cada género y los modos generizados de padecimiento, ubican como elemento de época la poca actividad física que realizan los/as jóvenes, la abundante oferta de alimentos hipercalóricos y la relevancia del “cuerpo ideal” como parte del paradigma actual de éxito -promovido por la sociedad y los medios de comunicación- que tiene altos costos en salud. Para las mujeres el “cuerpo ideal” está asociado a la delgadez y en los varones a la musculatura desarrollada.

Con respecto a la demanda de las familias y los/as adolescentes, que tendrían implicancias en la toma de decisiones y en la conducta profesional, señalan la preocupación de los/as jóvenes de que sus cuerpos se adecúen a los ideales de belleza para evitar el rechazo social. Se presentan con poca conciencia sobre las consecuencias de sostener el ideal y no problematizan su impacto en salud. La demanda de atención suele venir de las familias ya que los/as adolescentes no lo detectan como problema. En varones se manifiesta a través de consumo de anabólicos y la realización de ejercicios extremos para lograr desarrollo muscular, potencia y fuerza. En este sentido, una entrevistada refiere: *“Con respecto a los anabólicos está la tendencia en el hombre no en la mujer, por estar influenciados por los gimnasios, por las soluciones mágicas”* (Nutricionista, nutricionista de planta, Hospital Público).

En los casos más graves de mujeres, identifican una resistencia a crecer, a devenir adultas, a la sexualización porque algo de ese proceso las aterra. Refieren que las preocupaciones de las familias se centran en las dietas restrictivas, la bulimia y la anorexia por el riesgo de muerte que representa. Relatan que muchas veces las

jóvenes llegan tarde, cuando desaparece la menstruación dado que padres y madres no se dan cuenta de la delgadez de sus hijas, las ven muy bien así. Es un tema invisibilizado, y como tal naturalizado, en pos del ideal compartido de época. En la acción y gestión del acompañamiento familiar suelen estar más las madres que los padres aún en los varones, pero la preocupación es compartida por ambos.

Un hallazgo de esta investigación ha sido identificar que en la preocupación familiar manifiesta por el sobrepeso de los/as adolescentes se advierte una gran cantidad de casos de adultos/as muy pendientes de la estética que rechazan a sus hijos/as con sobrepeso. Solo reflexionan y acompañan cuando éstos/as corren el riesgo de desarrollar una anorexia, depresión o intento de suicidio. Esta problemática varía de acuerdo a si los padres/madres son obesos/as o no. En adolescentes con sobrepeso u obesidad y cuando ningún/a otro/a integrante de la familia lo padece, se preocupan tratando de acompañar cuando hay una demanda de parte del mismo/a adolescente y, a veces, los/as presionan en demasía como se señaló con anterioridad. En cambio, a padres y madres con obesidad les cuesta reconocer la misma como un problema en sus hijos/as, pero no los/as presionan ni discriminan.

Un problema actual es que los/as adolescentes tienen un consumo selectivo de alimentos, de comidas chatarra o rápidas y las familias tienen poco tiempo para cocinar comidas alternativas y que valoran a priori que rechazarán. Con lo cual, se sostiene poco la comensalidad y oferta alternativa, dado que si los/as jóvenes rechazan -real o imaginariamente-, los/as mayores no vuelven a ofrecer porque consideran que es una pérdida de tiempo. Los equipos profesionales consideran que en esta problemática hay que involucrar a las familias para que tenga mayor éxito el tratamiento. Asimismo, refieren incluir el deporte como parte de las acciones a llevar adelante, dado que la media de los/as adolescentes que se atienden tienden al sedentarismo.

Eje 5: Salud sexual y Reproductiva

Al consultar sobre las principales problemáticas y demandas en temas de salud sexual y reproductiva (SSR) se identificaron la anticoncepción, las ITS, el embarazo, la interrupción voluntaria del embarazo, el control ginecológico y consultas sobre crecimiento y desarrollo. Observan que las mujeres desde la adolescencia quedan ubicadas como la “población blanco” de la atención en SSR. Los varones suelen consultar por los cambios corporales -lo que llaman “dar el estirón”- y no suelen hacer otras demandas espontáneas porque ya en la adolescencia consideran que se las tienen que arreglar solos, no pedir ayuda y tener un alto rendimiento en lo que emprendan, asociado a los mandatos e ideales del modelo hegemónico de masculinidad (De Keijzer, 2013).

Un importante hallazgo de esta investigación está referido a identificar que los varones no consultan sobre inicio y desarrollo de relaciones sexuales y que

tampoco los/as profesionales les interrogan al respecto. La preocupación de los varones en SSR aparece ligadas al rendimiento sexual, como la eyaculación precoz y/o no tener una erección, inquietudes que los/as profesionales relacionan con la socialización de género y las expectativas relativas a la masculinidad, respecto de una sexualidad potente y activa. A esto asocian el uso de Viagra en varones adolescentes que relevan en las consultas. En las mujeres cuando se les pregunta más específicamente surgen inquietudes en torno a la capacidad de disfrute, identificándose un cambio frente a la búsqueda del placer sexual en mujeres.

No hay demanda espontánea de prevención de las ITS ni en hombres ni en mujeres adolescentes, la preocupación la tienen los/as profesionales y, por este motivo, es trabajada en la consulta. En el primer nivel de atención se trabaja en equipo interdisciplinario respecto de la anticoncepción y uso de preservativos, se brinda material gráfico y se trabaja embarazo no deseado y abuso sexual. Ubican a la anticoncepción y el cuidado del cuerpo como demandas de las mujeres. El uso del preservativo y el rol de los varones adolescentes, en el sentido de que lo quieran utilizar, es un tema de poder no saldado aún entre los géneros. Por otra parte, identifican como un contenido de la masculinidad hegemónica en los adolescentes, que el dejar embarazada una mujer sería signo de potencia, sin registro o temor acerca de las consecuencias.

Los/as profesionales se centran en garantizar que la mujer adolescente que consultó se vaya protegida con algún dispositivo de anticoncepción, desligando a los varones de dicha responsabilidad. Esta reflexión representa una tensión central en el campo de las prácticas de SSR: aun queriendo proporcionar un cuidado preventivo, se reproducen prácticas médicas hegemónicas y se refuerza de forma no voluntaria la des-responsabilización de los varones y la sobre-responsabilización de las mujeres. Esto se evidencia cuando los/as entrevistados/as señalan que solo convocan enfáticamente a los varones que acompañan en las demandas de interrupción del embarazo o por anticoncepción de emergencia, no así en todo lo referido a lo preventivo. Se evidencia una diferencia en este aspecto en los/as médicos/as generalistas, quienes utilizan el dispositivo de pedido de certificado de apto físico o el control de salud como una estrategia y oportunidad ganada para trabajar temas de SSR con varones y mujeres. La baja oferta de tecnología médica en relación a la anticoncepción masculina impacta sobre la responsabilidad que poseen los varones y sobre la posibilidad de los/as profesionales de responsabilizarlos acerca de anticoncepción.

Respecto del embarazo adolescente, los/as profesionales observan que en los últimos años se ha producido un mayor reconocimiento social de la maternidad juvenil. Hay más red social de apoyo, que incluye instituciones, acciones del Estado (entre ellas, la Asignación Universal por Hijo) y del medio familiar, superando la homologación del embarazo adolescente con una “madre sola”. Al explorar los imaginarios personales aparece en algunos/as profesionales la idea de que el uso de la anticoncepción de emergencia funcionaría como reemplazo de los métodos anticonceptivos en algunas adolescentes. Ante esto implementan estrategias no represivas o restrictivas -como por ejemplo, no entregar la pastilla para evitar un

uso que considerarían “incorrecto”- o derivan a una consulta cuando detectan esta situación, para poder explicar el uso adecuado. Los servicios más preparados dicen promover, tal como lo definió una entrevistada: “*una política de libre sexualidad con protección*” (Pediatra 31, Médica de Planta, Hospital Público).

Algunos servicios poseen protocolos de actuación en interrupción legal del embarazo (ILE)¹³, anticoncepción de emergencia, junto con las consejerías pre y post aborto que acompañan la decisión que toman las adolescentes, las cuales ubican dentro de los protocolos de reducción de riesgos y daños. En los casos de demandas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)¹⁴, las redes que establecieron con abogados/as brindaron estrategias para informar sin tener que recetar misoprostol, que es la droga que se utiliza. Hacen el seguimiento desde una perspectiva de reducción de daño y derecho a la atención y refieren que las estadísticas demuestran que el uso del misoprostol redujo la mortalidad. Por lo tanto, aún cuando hay servicios que refieren no poseer protocolos, se observa que tienen un abordaje que permite garantizar el mejor estándar de calidad posible en el actual marco legal. Si bien se evidencia un aumento de la legitimidad del enfoque de derechos en salud, hay muy poca formación al respecto, al mismo tiempo que se observa un gran cambio a partir de las modificaciones legales y presencia de nuevos programas en el campo de la SSR de los últimos años.

Cuando se les pregunta acerca del grado de conocimiento de las tres causales de ILE, la mayoría manifiesta conocer la legislación y el nuevo marco que abrió el fallo F.A.L. (Corte Suprema de la Nación, 2012) por el cual se aplica la causal violación a cualquier mujer que la haya padecido aunque no sea idiota o demente como la interpretación anterior al fallo del artículo 86 del Código Penal. Los/as profesionales, en general, manifiestan que la causal salud de la mujer es muy amplia y refieren sentirse de acuerdo con una mirada de la misma en términos de integralidad. Sin embargo, observan que el gran obstáculo es la objeción de conciencia que declaran la mayoría de los/as ginecólogos/as. Quienes realizan la ILE, suelen tener amplia trayectoria y son muy requeridos/as por su escasez.

Se suma una dificultad específica en casos de adolescentes con embarazos no deseados que llegan avanzados, dado que tardan en pedir ayuda o en informar a sus familias por vergüenza y por la falta de conocimiento de las estrategias actuales de ILE. Aun cuando se ha ampliado el campo de prácticas legales, si no hay sostén de adultos/as resulta muy difícil en la práctica incluirlo como ILE. Por otra

13 La Interrupción Legal del Embarazo (ILE) está estipulada por el artículo 86 del Código Penal desde el año 1921 para aquellos casos en los que corra peligro la vida o la salud de la madre o si el embarazo es producto de una violación a “una mujer idiota o demente”. En el año 2012, a partir del fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, se indica cómo debe interpretarse el artículo 86 del Código Penal. Por un lado, se explicitan causales para abortos no punibles: peligro para la vida de la mujer, peligro para su salud, embarazo que proviene de una violación o embarazo que proviene de una violación a una mujer con discapacidad intelectual o mental. Por otro, remarca que no se corresponde judicializar casos de abortos no punibles sino que se debe facilitar su cumplimiento.

14 La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es el término utilizado para las interrupciones que no se enmarcan en ninguna causal sino que obedecen a la voluntad de la persona gestante. En nuestro país, según la normativa vigente, esta práctica no se encuentra amparada por la ley.

parte, en caso de menores de 14 años en los cuales el embarazo responde a casos de abuso por parte de varones mayores y no a una sexualidad con pares, hay consenso en entenderlo de este modo y la consulta es mayormente englobada como una ILE por esta razón.

Tal como se identificó con anterioridad, los varones son visualizados en SSR cuando se produce un embarazo. Los equipos manifiestan que indagan sobre el genitor, para ver si lo han hablado, si se lo puede incluir para tener una consulta compartida o para descartar situaciones de abuso, coerción o violencia. Antes de indagar sobre la continuidad del embarazo, primero se descarta si hubo abuso. En caso de que no haya, se sugieren incluir a la familia y/o al varón pero siempre quién decide la presencia de otras personas, en última instancia, es la mujer. Se halló que en los servicios de sectores medios y altos no se hacen estas indagaciones, lo que genera una mayor invisibilidad de las situaciones de abuso obstaculizando la ILE para este sector.

Algunos/as profesionales refieren que, en su experiencia, ven muchos varones que manifiestan deseos de paternidad, fantasean con la idea pero que luego se arrepienten y abandonan a los/as niños/as y a las mujeres. Para las jóvenes esto último no es posible, con lo cual no se puede alegar igualdad de derechos solo de manera abstracta. Por eso, muchos/as profesionales, refieren que es importante cambiar el enfoque, incluir y atraer a los varones desde las primeras consultas de anticoncepción.

Eje 6: Diversidad sexual

Se desprende en el entrecruzamiento de los discursos de los/as profesionales que la diversidad identitaria y sexual es una fuente de interrogación y problematización para algunos equipos de salud y esto se debe, probablemente, a la falta de formación en género y diversidad sexual en las currículas de grado, los posgrados y programas de actualización de los servicios en salud. Según las personas entrevistadas lo que ha modificado esta situación son las capacitaciones de los Programas del Ministerio de Salud las cuales han introducido formación en perspectiva de derechos.

En las acciones de orientación y acompañamiento a la transición de género tienden a pensar que se presenta más en adultos, lo cual no coincide con los criterios de quienes se especializan en el tema que manifiestan que se dan tempranamente, en la infancia y adolescencia. En el área de psicología coinciden en que hay pocas consultas y consideran que se debe a la escasa apertura profesional a alojar las distintas vivencias desde la identidad sexual y de género.

Los servicios más preparados en este campo problematizan el tema asegurando que, si bien existe más aceptación y más inclusión respecto de la diversidad sexual, existen todavía muchas dudas en los procedimientos y diagnósticos en la temática de identidad de género. Y que a veces ambas temáticas -orientación sexual e identidad de género- aparecen confundidas, como si fueran lo mismo.

Sobre la temática de identidad de género, existe preocupación en algunos/as entrevistados/as por no psicopatologizar las identidades disidentes desde un paradigma cis-heteronormativo e identificar las formas en que pudiera presentarse la psicopatología en éstas.

La mayoría de los/as profesionales consideran que es un tema sobre el cual no están preparados/as para abordar dado que no recibieron formación, colocando cierta ilusión en que sean los/as profesionales jóvenes quienes produzcan transformaciones en las prácticas. Dos profesionales refieren haber recibido consultas de personas trans asociadas a problemas de salud general y que su identidad trans no era el motivo de consulta. Refieren saber que la población trans presenta altos riesgos en salud y una de las principales causas son los múltiples obstáculos para acceder al sistema sanitario.

La mayoría de los servicios refieren no tener demanda espontánea y/o como motivo de consulta temáticas de diversidad sexual. En el CeSAC,¹⁵ para el área de medicina general es un desafío ya que al presentarse muy pocas consultas, indicaron que deben trabajar ellos/as mismos/as para poder ir más allá de las barreras que impone la heterosexualidad normativa. Se evidencia nuevamente la importancia para este colectivo profesional de avanzar en un modelo de atención que no reproduzca imaginarios y prácticas normativizadoras.

Algunos/as profesionales refieren que hay mayores consultas sobre orientación sexual en la actualidad y que deben encontrar un modo de preguntar incluyente, tal como ejemplificó una entrevistada: “*¿Tenés pareja? ¿Se cuidan?*” (Pediatra 6, Médica de Planta, Hospital Público). De esta manera, no sólo centran la atención en la prevención de embarazo, sino en la prevención de ITS. Los/as entrevistados/as intentan ubicarse en avances en relación a la despatologización de la diversidad sexual, sacándola del plano individual o de la “desviación” y situándola en el plano de los imaginarios sociales y culturales de época que definen lo normal y lo patológico. Ubican el sufrimiento que producen -en la población que atienden- las creencias prejuiciosas y prácticas discriminatorias. Refieren que la mirada social sobre las personas trans se vuelve un obstáculo: “*(...) no pueden venir a hacer la cola a la mañana, por cuestiones de discriminación en el mismo barrio, o en la sala de espera, prefieren venir a la tarde cuando hay menos gente*” (Médica Generalista 15, Médica de Planta, CeSAC).

En la actualidad, identifican diferencias en la calidad de atención frente a la población trans. Por un lado, hay quienes escuchan y atienden con respeto a la identidad autopercebida y a las necesidades específicas. Por el otro, hay quienes no se privan en absoluto de hacerla blanco de sus prejuicios. Los/as pocos/as que trabajan la temática temen que se difunda que su espacio de consulta es abierta a la diversidad sexual, dado que imaginan que la demanda sería enorme y no tendrían

15 Centros de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad de Buenos Aires, orientados a la atención primaria.

cómo responder. Una profesional relata su primera experiencia con un paciente trans de la siguiente manera:

Lo único que tuve a favor de ese pobre paciente, es que no lo discriminé. Pero yo no tenía la idoneidad -por falta de capacitación profesional- para atenderlo. No sabía qué dosis de hormonas era inocua o impactaba su HTA y me hizo sentir muy mal. Me puse a leer, a buscar bibliografía y encontré. La facultad no me preparó para esto. A mí me preparó mi ideología como persona para no discriminar. (Pediatria 31, Médica de Planta, Hospital Público).

Con respecto a los tratamientos hormonales con mujeres trans, refieren que aparecen patologías “de mujeres” por el uso de estrógenos, debiendo estar entrenados/as para detectar patologías sensibles a los estrógenos que habitualmente en un varón cisgénero no aparecen. Los/as entrevistados/as describen que para estos nuevos desafíos es necesario contar con un equipo interdisciplinario altamente especializado, en particular para aquellos casos que demandan una cirugía. Los hospitales no suelen contar con esta oferta, a excepción del Hospital Durand hacia dónde se dirigen las derivaciones.

Con relación a las demandas de las familias y los/as adolescentes que tendrían implicancias en la toma de decisiones y en la conducta profesional coinciden en señalar que la demanda no es espontánea y/o no aparece como motivo de consulta. Identifican que en los adolescentes homosexuales es frecuente la diferencia de edad en las parejas y que un riesgo de esta disparidad es el abuso. En las familias hay mucha preocupación por este tema en los adolescentes homosexuales menores de 14 años.

Los/as profesionales identifican algunas diferencias entre mayores y menores de 16 años. Señalan que las experiencias de inicio de relaciones sexuales -tanto sea con personas del mismo u otro sexo- en menores de 16 años tendrían un carácter experimental. Consideran que constituye una búsqueda y exploración, lo cual hace que ni profesionales ni adolescentes se apresuren a definir sus orientaciones o identidades: “a las que son de 14, 15 años no las catalogo porque tengan una conducta lésbica como que son lesbianas” (Tocoginecóloga 9, Médica de planta, Hospital Público).

Los/as profesionales identifican que los/as adolescentes son más abiertos/as a presentar su identidad sexual, especialmente las mujeres que tienen una pareja lesbiana. Al respecto un profesional refiere que: “(...) las mujeres lo tienen definido más tempranamente” (Pediatria 18, Médica de Planta, Hospital Público).

Eje 7: Calidad de la atención y servicios amigables

Al explorar el grado de incorporación de aquellas características que definen a los servicios amigables para los/as adolescentes, se destaca un hospital en el cual se realizan talleres en la sala de espera sobre derechos, género, sexualidad y prevención. Este servicio cuenta con un modelo de salud integral y preventiva y se define como amigable para adolescentes. Manifiestan que existiría un máximo de

cuatro servicios amigables en la ciudad de Buenos Aires. Coinciden en señalar que la privacidad y confidencialidad, como criterio de calidad en la atención, se intenta sostener en todos los servicios pero resulta complicado dado que los consultorios son compartidos. Una entrevistada señala al respecto: *“entran, salen, te interrumpen, no es lo ideal”* (Psicopedagoga y Psicóloga 2, Psicopedagoga de Planta, Hospital Público). Algunos/as profesionales tienen claridad respecto de los derechos de los/as adolescentes y en qué situaciones deben informar a los/as adultos/as, por ejemplo, en caso de embarazo. Estas situaciones muestran las tensiones existentes entre derechos y prácticas, en tanto en lo formal se ha avanzado en la conquista de derechos para esta franja etaria, sin embargo en las prácticas los mismos pueden no verse reflejados -ya sea por cuestiones de infraestructura y/o de capacitación de quienes están en contacto directo en la atención de los/as adolescente-, como en los ejemplos mencionados.

Por otra parte, en relación a la accesibilidad, los horarios de atención son los del sistema hospitalario y no incluyen una franja amplia. Manifiestan que los servicios que cuentan con áreas programáticas¹⁶ son los más integrales, dado que incluyen actividades de promoción de la salud con sensibilidad al género. La mayoría de los/as profesionales refieren hacer actividades en las escuelas con un equipo de prevención y promoción de la salud, pero que no incorporan el enfoque de género por falta de formación.

En el CeSAC se realizan actividades con la comunidad adolescente del barrio con perspectiva de género, sin embargo consideran que les falta sumar a este trabajo a los/as adultos/as del entorno de los/as adolescentes. También realizan actividades en la capilla de la zona que son coordinadas por trabajadoras sociales del CeSAC que incluyen perspectiva de género y talleres en escuela media, sobre anticoncepción y sexualidad. Una entrevistada refiere que en la guardia es el lugar *“donde chocan los planetas”* (Psicóloga 5, Psicóloga de Guardia, Hospital Público), haciendo referencia a la gran complejidad de las problemáticas que se presentan. Allí hacen todo lo posible con los recursos disponibles y sienten que hacen un pequeño aporte, pero que depende de la voluntad de cada profesional y/o equipo que se respeten derechos.

Manifiestan que para hacer efectiva la implementación de políticas públicas que garanticen derechos en salud hacen falta mayores recursos. En un efector privado refieren que no hay actividades dirigidas a la comunidad, pero la privacidad si está asegurada dado que cuentan con consultorios individuales con turnos programados.

Hay quien señala que no le gusta el término “amigable”, dado que hay algunos conceptos de la medicina del adolescente que serían un disfraz del paternalismo de la medicina. Otro aspecto crítico es el abordar la salud adolescente con la lupa del riesgo dado que:

¹⁶ Las áreas programáticas refieren a la forma de organización del sistema de salud en la Ciudad de Buenos Aires. Las mismas definen áreas geográficas de trabajo, desarrollando actividades asistenciales y de prevención y promoción de la salud en las mismas.

Cuando un chico o chica empieza a tener relaciones sexuales, no sólo tienen riesgos a una enfermedad sexual o quedarse embarazada... tiene riesgo a sentirse querida, a sentirse amado... a tener un muy buen orgasmo... esos son riesgos que no vemos. (Pediatra 24, Subjefe del Servicio de Clínica Pediátrica, Hospital Privado).

En este sentido, el uso de métodos anticonceptivos y de protección frente a ITS y prevención de embarazo no se relaciona solamente con el acceso a los mismos y la educación sexual de base. Las posibilidades de negociar su uso en el vínculo con la otra persona puede verse afectada, en tanto el amor romántico y ciertos ideales de entrega y confianza pueden interferir en el nivel de exigencia sostenido a la hora de mantener relaciones sexuales seguras. La búsqueda de reconocimiento en la adolescencia juega un papel significativo y esto podría interferir, a modo de ejemplo, mediante el no uso de preservativo “por amor”, dado que exigir su uso podría ser considerado como cuestionar la lealtad y el amor de la otra parte y poner en riesgo ese reconocimiento tan anhelado. Con respecto a las demandas de las familias y los/as adolescentes que tendrían implicancias en la toma de decisiones y en la conducta profesional, una médica generalista plantea dos caras de la atención de adolescentes desde esta especialidad: es un dispositivo de atención excelente para el trabajo con esta población pero al ser un modelo de salud familiar, a veces, los/as adolescentes necesitan que quien atiende no tenga vinculación con la familia porque se cruza la idea que el/la profesional “se ponga del lado” de las madres, que son quienes mayoritariamente acompañan.

Conclusiones

Aun cuando existen diversos avances en las necesidades de salud adolescentes en su triple interacción biológica, subjetiva y social, los sistemas de atención de la salud evidencian brechas en materia de género y en la calidad de atención, en tanto que ni los marcos legislativos ni las políticas públicas implementadas aseguran la transformación inmediata de imaginarios y prácticas cristalizadas que impactan en las decisiones terapéuticas y diagnósticas de equipos de salud. Las preocupaciones de los/las profesionales se vinculan mayormente a las dificultades de llevar adelante acciones preventivas frente a las problemáticas de los/as adolescentes. Se reconoce en dicha población la presencia de un alto riesgo de morbilidad propia del entrecruzamiento entre la etapa del ciclo vital y las construcciones hegemónicas de género.

Al referir la mayoría de los/as profesionales que los varones acceden al sistema de salud en escasas ocasiones -y la mayoría de ellas vinculadas a urgencias- se hizo evidente la necesidad de conocer en mayor profundidad qué acontece con dicha población desde una perspectiva de género y subjetividad -de manera de poder trabajar con ellos- dado el alto riesgo que se registra en su morbilidad. Estos riesgos están vinculados al entrecruzamiento entre la etapa del ciclo vital y las construcciones de género masculinas hegemónicas, tales como la mayor tasa de

mortalidad por causas externas, el mayor índice de suicidios consumados, las problemáticas alimentarias y nutricionales (obesidad, vigorexia) y los altos índices de consumos problemáticos de sustancias.

A partir de los resultados presentados, la nueva investigación en curso de este equipo tiene como objetivo visibilizar los modos en los que la dimensión subjetiva de género puede constituirse como una barrera en las prácticas que el sector salud dirige a la prevención y atención de la salud de los varones adolescentes.

Referencias bibliográficas

Asociación Médica Mundial (2013). *Declaración de Helsinki*. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Bardin, L. (1991). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.

De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En Tuñón E. (Coord). *Género y salud en el sureste de México*. Villa Hermosa: ECOSUR/UJAD.

Burin, M., Moncarz, E. & Velázquez, S. (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61-91. Recuperado de <http://www.popcouncil.us>

Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.

Código Civil y Comercial de la Nación (2014). República Argentina.

Código Procesal Penal de la Nación (1991). República Argentina.

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012). Fallo F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva. República Argentina.

Fernández, A.M. (2007). *Las lógicas de la colectividad: Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblios.

Gaba, M. (2012). Las organizaciones generizadas. La perspectiva de género en acción en el mundo de las organizaciones. En Tajer, D. (Comp.) *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Gomez Gomez, E (2011) Análisis de género: bases conceptuales y metodológicas. Curso Virtual Género y Salud Análisis de género: bases conceptuales y metodológicas. *Organización Panamericana de la Salud Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos*. Recuperado de https://cursos.cam-pusvirtualesp.org/pluginfile.php/26259/mod_folder/content/o/Lectura_basica_M3.Elsa_G.pdf?forcedownload=1

Guber, R. (2004), *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mac Graw Hill.

Ley 25.673 (2002) de Salud Sexual y Procreación Responsable. República Argentina.

Ley 26.061 (2005) de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. República Argentina.

Ley 26.529 (2009) de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. República Argentina.

Ley 26.743 (2012) de Identidad de Género. República Argentina.

Ley 26.994 (2014) Código Civil y Comercial de la Nación. República Argentina.

Maceira, D. (2012). *Necesidades y Acceso a los Servicios de Salud de la Población Adolescente en el Norte Argentino*. Argentina: Salud Investiga.

Mercer R., Szulik, D., Ramírez, M.C. & Molina H. (2008). Del derecho a la identidad al derecho a las identidades. Un acercamiento conceptual al género y el desarrollo temprano en la infancia. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 37-45. doi: 10.4067/S0370-41062008000700007

Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF (2010). *Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Recuperado de: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento108.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Estadísticas vitales. Información básica- año 2010*. Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2015/12/Serie5Nro54.pdf>

OMS (2007). European Strategy for child and adolescent health and development. Gender tool. Recuperado de: <http://www.euro.who.int/document/gem/eurostratgendertool.pdf>

OMS (2015). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS/OPS (2008). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. 10 datos sobre la Salud Adolescente. Recuperado en:

http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/es/index.html Organización de Naciones Unidas (1989). Convención de los Derechos del Niño.

Pittman, P. & Hartigan, P. (1996). Gender inequity: An issue for quality assessment researchers and managers. *Health Care for Women International*, 17, 469-186.

Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de sueños.

Sen, G. & Östlin, P. (2007). Woman and gender equity knowledge network: Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it final. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf

Standing H. (2000). Impacto de género de las reformas en salud-el actual estado de las políticas y la implementación. *Documento de trabajo realizado para el VIII Congreso de ALAMES*, La Habana, Cuba.

Tajer, D., Costa, A.M., & Hamman, E. organizadores (2000). *Salud, Equidad y Género. Un desafío para las Políticas Públicas*. Edit. Universidad de Brasilia: Brasil.

Tajer, D., Cernadas, J., Barrera, M. I., Reid, G., Lo Russo, A., Gaba, M., & Attardo, C. (2002). Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares. *Anuario de Investigaciones*, 215-22.

Tajer, D. (2003). Aportes de la perspectiva de género a la medicina familiar. *Zona Franca*.

Tajer, D., Gaba, M., Lo Russo, A., Reid, G., Attardo, C., Zamar, A., & Lupi, M. (2008). Ruta crítica de la salud de las mujeres: integralidad y equidad de género en las prácticas de salud de las mujeres en la ciudad de Buenos Aires-2da parte. *Anuario de investigaciones*, 15, 0-0.

Tajer, D. (2009). *Heridos Corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

Tajer, D. (2011). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Tajer, D (comp.) *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Tajer, D. (2012) (Comp.). *Género y salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Tajer, D.; Reid, G.; Gaba, M.; Lo Russo, A.; Barrera, M.I. (2013). Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. *Revista Argentina de Cardiología*, 81 (4), 344-352. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4768199.pdf>

Tajer, D., Gaba, M., & Reid, G. (2013). *Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen12_2/Impactoviolienciadegenero.pdf

Tajer D., Fernández A.M., Antonietti L., Salazar A., Chiodi A., Barrera MI, Juárez Herrera Cairo, L. (2014). Barreras de Género en la prevención cardiovascular. Actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y de usuaria. *Revista Argentina de Salud Pública. RASP*, 5 (21), 14-23. Disponible en: <http://www.rasp.msar.gov.ar/rasp/edicion-completa/RASP-XXI.pdf>

Tajer, D., Reid, G., Gaba, M., Cuadra, M.E., Lo Russo, A., Salvo, I., Solis, M. (2015). Equidad de género en la atención de la salud en la infancia. *Revista Psicoperspectivas*, Vol 14, N° 1, 103-113. Disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl>

UNFPA-INSGENAR (2010). ¿Todo bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de: http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_todobien.pdf

UNICEF (2002). Adolescencia. Una etapa fundamental. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Nueva York

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de Intervención Social: Reflexión, metodología y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Whitehead, M. (1990). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. Serie Traducciones OPS, Washington D.C

Zingman, F. (2010). *Salud + Adolescencia. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia*. Ministerio de Salud de la Nación