

De pedagogías, políticas y subjetividades: *recorridos y resistencias*

1. **Título:** *Embarazos no deseados y aborto en la adolescencia. Del dilema al problema, caminos posibles.*
2. **Autoras:** Lic. Camila Fleischer (Socióloga-UBA- Campaña Nacional por el Derecho al Aborto) – camila.fleischer@gmail.com- ; Lic. Graciela Ferrari (Trabajadora Social –Docente UBA, Facultad de Ciencias Sociales) - gra_ferrari51@hotmail.com-
3. **Eje temático:** 4. Derechos sexuales y (no) reproductivos. Derecho al aborto.
4. **Palabras claves:** Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva, adolescencia, Consejerías/Asesorías pre y post- aborto.

5. INTRODUCCIÓN: Esta ponencia se propone realizar un aporte respecto de la atención brindada a adolescentes en salud sexual y reproductiva (SSyR) tomando los casos de los servicios especializados de los hospitales: Dr. Cosme Argerich y Tornú, ubicados en la CABA. Pretendemos promover la reflexión acerca de las estrategias de atención de los profesionales en el reconocimiento de las necesidades y consultas de los adolescentes. De este modo, contribuir a mejorar u optimizar la calidad de atención a las singularidades de este grupo etario.

Comprendemos a los/las adolescentes como un sector de la sociedad con necesidades específicas respecto a su SSyR, particularmente a las mujeres de esta franja etaria que son las principales usuarias de los efectores públicos para realizar consultas y atender su salud. Resulta interesante preguntarse por la existencia de servicios de salud orientados a la SSyR de los/las adolescentes en los hospitales públicos y la implementación de consejerías para contener e informar a las jóvenes que se acercan con inquietudes o necesidades en esta área. Buscamos indagar específicamente acerca de las prácticas profesionales ante las consultas de las adolescentes respecto de la problemática del embarazo no planificado y el aborto, desentrañando cómo se conjugan en la práctica, los derechos consagrados en la ley y la realidad de estas jóvenes. Asimismo indagar sobre cuáles son las estrategias profesionales para abordarlas respetando una atención de calidad.

Para poder comprender por qué la problemática del aborto en mujeres adolescentes resulta una temática relevante para ser investigada debemos partir de considerar tal como plantea Morlachetti (2008), que la maternidad adolescente y las mayores tasas de fecundidad se concentran en los sectores más pobres de nuestras sociedades. Este comportamiento reproductivo termina por descargar mayor peso de la reproducción biológica y social de la población en adolescentes pobres de ambos sexos. Representando un "círculo vicioso" entre exclusión social y

fecundidad adolescente. Como parte de este diagnóstico, el autor plantea que es este fragmento de la sociedad el que más expuesto está a este tipo de problemáticas en las que la falta de protección ante un embarazo no deseado, la desinformación y el destrato conducen muchas veces a la muerte de jóvenes, mujeres y pobres. Las estadísticas respecto del embarazo en mujeres adolescentes, indican que 1 de cada 8 nacimientos ocurren en mujeres de esta franja etaria. La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en mujeres adolescentes a nivel mundial. Según la OMS, el embarazo temprano y no planificado afecta negativamente los resultados de su salud.

En nuestro país, el último censo nacional (2010) muestra que el 16.5% de la población total tiene entre 10 y 19 años. La tasa de fecundidad de este grupo es de las más altas a nivel regional y desde 2003 a 2011 creció en un 20% (UNICEF, 2015). El Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR), al igual que Morlachetti (2008) y otros autores, sostienen que la salud está atravesada por determinantes estructurales relacionados con las características de cada sociedad. Algunos de estos determinantes sociales afectan desproporcionadamente a los/as adolescentes, e impactan en su SSyR.

La falta de oportunidades para el desarrollo personal, la pobreza, la desigualdad y la violencia, así como las dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos (incluyendo información y acceso a la atención de calidad) y la incapacidad del sistema educativo para retener a los alumnos/as, actúan como determinantes sociales del embarazo en la adolescencia en nuestro país. La maternidad adolescente se presenta en contextos socioeconómicos con alta desigualdad: 7 de 10 madres jóvenes pertenecen a hogares con menores ingresos. (OSSyR, 2014, p.3)

En la Argentina fallecen anualmente 300 mujeres (en cifras oficiales, del 2010) (OSSyR, 2014) por causas relacionadas con el aborto inseguro, el embarazo, el parto y el puerperio. Siendo las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro la principal causa obstétrica directa de muerte materna. Mayormente son mujeres jóvenes, sanas y pobres que atraviesan embarazos no deseados con obstáculos para acceder a métodos anticonceptivos, cuyas muertes podrían evitarse. Los datos de 2011 confirman que la tendencia de la reducción de muertes maternas en el país se amesetó, afirmando que la situación de la mortalidad materna no ha variado significativamente en los últimos veinte años.

Entendiendo que en la Argentina la legislación restrictiva sobre el aborto trae como consecuencia que las mujeres interrumpan sus embarazos clandestinamente, y es ésta la primera causa de muerte materna, nos preguntamos por la atención médica que reciben esas mujeres que se acercan a los efectores públicos en busca de contención e información para poder tomar decisiones responsables.

Este trabajo se orienta a partir de las siguientes preguntas: ¿Qué características tienen los servicios de salud adolescente en los hospitales de la CABA? ¿Con qué estrategias los efectores de salud públicos abordan la problemática del aborto en mujeres adolescentes? ¿Cómo es la atención a esas adolescentes considerando que el aborto en Argentina está restringido a casos especiales? ¿Qué derechos se respetan en ese tipo de consultas?

7. La adolescencia en la salud: ¿un grupo invisibilizado?

¿Desde dónde partimos para dar marco a la comprensión de la problemática de la SSyR en la adolescencia? ¿Qué entendemos por calidad de la atención?

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la SSyR

es un estado general de armonía y bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad, las relaciones interpersonales, el sistema reproductivo y sus funciones, en un contexto de equidad e igualdad de responsabilidades entre mujeres y hombres. (OPS, 1995, p.1).

Desligándose de esta manera de una mirada exclusivamente biológica de la salud-enfermedad.

Entendiendo a la salud-enfermedad desde la perspectiva que nos plantean Laurell (1982) y Castro (2010), entre otros, se puede precisar la importancia de avanzar sobre una posición crítica a la explicación biologicista de la salud-enfermedad. Abordarla como un hecho social, como un fenómeno colectivo tendrá implicaciones directas en la práctica médica-profesional. Resulta vital entender desde qué perspectiva se puede hablar de una atención a la salud de calidad.

La Organización Panamericana de la Salud (1995) establece seis componentes para evaluar y plantear la calidad de la atención en los servicios de SSyR, con una perspectiva de género. Para ello se partió de comprender que los sectores pobres tienen menor acceso a los servicios de salud públicos, como consecuencia de la reducción de recursos destinados a la protección de la salud de la población durante la década del 1990. El aporte que realiza la OPS busca redimensionar el enfoque de género en la atención de la salud, incluyéndolo en el diseño de políticas públicas, y en las prácticas profesionales cotidianas. Los componentes son los siguientes: accesibilidad, aceptabilidad, relaciones interpersonales, integralidad, competencia humana y técnica y la participación.

Respecto de la calidad de atención nuestro posicionamiento se sostiene en lo planteado por la OPS (1995) y los aportes de Matamala (1995). Tomamos la calidad de la atención en salud con una mirada integral incluyendo aspectos bio-psico-sociales, sexuales, ambientales y culturales del bienestar. Las estrategias de abordaje en cada consulta deberán tener en cuenta la historia de vida, necesidades y subjetividades de cada una de las usuarias y fortalecer la autoestima, autonomía, dignidad y ejercicio de los derechos.

A partir de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, que pone foco en la protección integral de derechos posibilita la creación de mecanismos jurídicos e institucionales que los garanticen y otorga protagonismo a la población adolescente, empoderándola.

Este marco jurídico reconoce a los menores como sujetos con derecho a opinar y ser oídos en todas las esferas, entre ellas las que tiene que ver con la sexualidad y comportamientos reproductivos.

Existe una legislación a nivel nacional y local (de la CABA) que ratifica este marco legal. Entre ellos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, La Convención Americana de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño. Como parte de la normativa nacional respecto a la SSyR de la población, encontramos la Ley 25.673 Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, que reconoce que el derecho a la salud incluye a la salud sexual y que por tanto se considera la posibilidad de tener una vida sexual sin coerciones, así como prevenir embarazos no deseados.¹

¹ En lo que respecta a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existe una serie de leyes y decretos que enmarcan el enfoque de derechos de la atención en salud sexual y reproductiva a los/as adolescentes: Ley 114: Protección integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes; Ley 153: Ley básica de Salud; Ley 418: Salud Reproductiva y Procreación Responsable; Ley 1.468: Programa Acompañar (atención primaria de la salud de las mujeres en edad fértil); Resolución N°1.252/05: Obligación de asegurar asistencia sanitaria requerida por niños, niñas y adolescentes; Resolución N°1.253/05: Acceso irrestricto e incondicional a todas las prestaciones de carácter preventivo, promocional, asistencial y de rehabilitación de niñas, niños y adolescentes; Resolución N°1.342: Externación hospitalaria para embarazadas y madres adolescentes; Resolución N°1.174/2004: Procedimiento aplicable para aborto no punible; Decreto 2122/2003: Violencia Familiar, maltrato infantil y salud sexual y reproductiva.

Desde una perspectiva sociodemográfica, y según el recorte que realiza la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia transcurre entre los 10 y los 19 años. Es un periodo de la trayectoria vital de las personas en el que la sexualidad se potencia, donde las expectativas sobre las imágenes y comportamientos, sobre los roles adecuados y sobre la iniciación y las prácticas sexuales se concentran fuertemente. Además, es una etapa en donde se intenta normalizar, controlar o eliminar las desviaciones, particularmente en las relacionadas con la sexualidad. (Checa, 2003).

La sexualidad adolescente debe abordarse desde una perspectiva que supere lo plenamente biológico y tenga en consideración la construcción social y colectiva, histórica y cultural de cada sociedad entorno a esta noción. (Checa, 2003).

Partimos de la idea de que los jóvenes no son sujetos incompletos e inmaduros que no pueden responsabilizarse por sus acciones y por tanto, resultan dependientes de un adulto que sí lo pueda hacer. Tal como plantea Fernández (1993) esta concepción respecto del adolescente es una construcción histórica que se fue construyendo en los últimos dos siglos. Es así que el grado de autonomía que una niña pueda alcanzar se encuentra totalmente imbricado en las posibilidades otorgadas por su grupo social y el grado de autonomía que tengan las mujeres dentro de éste. En este sentido, que una mujer se sienta con derecho a decidir sobre su propia vida necesita de un tipo de subjetividad que se articula no sólo desde su psiquismo individual, sino más bien se relaciona con las condiciones de posibilidad histórico-sociales y legales de gran complejidad estructural. (Fernández, 1993).

Según el estudio desarrollado por el INSGENAR (2010) la población adolescente se encuentra fuertemente invisibilizada en los servicios de salud. El embarazo constituye el motivo de mayor visibilización y atención por parte de la salud pública hacia las adolescentes.² Una de las limitaciones más significativas que encuentran en los servicios de SSyR adolescente, según este informe, son los prejuicios, mitos, concepciones acerca de su sexualidad. De esta manera se constituyen obstáculos o barreras que no siempre son advertidos por los equipos de salud. Muchos de ellos recaen en una “infantilización” de las mujeres que se acercan, habilitando el reto o la recriminación hacia ellas y sus conductas sexuales. Esto representa un problema a saldar en tanto la calidad de la atención se ve atravesada por estos prejuicios, concepciones, creencias y valores de los profesionales que terminan anteponiéndolos a las políticas de salud.

8. Breve presentación de los casos: Hospital Dr. Cosme Argerich y Hospital Dr. Tornú

Los objetivos de esta investigación se proponen indagar sobre el funcionamiento y las estrategias implementadas por los profesionales de los servicios de adolescencia de los hospitales Tornú y Argerich, en relación a la problemática del embarazo y el aborto en mujeres adolescentes. Asimismo, analizar y evaluar la calidad de la atención en las mujeres adolescentes en este tipo de consultas. También evaluar la existencia y funcionamiento de asesorías/consultorías pre y post aborto en estos servicios.

Se entrevistó en cada uno de los Hospitales a informantes claves de los servicios investigados: el Dr. Enrique Berner, Jefe del Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich y una residente de la especialización en Adolescencia; y la Lic. Hebe Simonotto, Jefa del Servicio Social del Hospital Tornú y Trabajadora Social integrante del equipo de Adolescencia. Se elaboró una guía de entrevista común para ambos casos. Las mismas fueron grabadas con el previo consentimiento del entrevistado y luego desgrabadas para su análisis a fin de encontrar puntos de coincidencia o no, sobre los ejes centrales de nuestra investigación.

² Este estudio toma para su análisis algunos hospitales de las provincias de Santa Fe, Córdoba, Formosa, Misiones y Tucumán.

En el año 1986 el gobierno de la CABA dicta una normativa que establece que en todos los hospitales municipales deben crearse servicios de adolescencia. Sólo existen cinco servicios en los cuales se brinda una atención que reconoce necesidades específicas de la Adolescencia y que requiere para su atención un espacio diferenciado: Los hospitales Gutiérrez, Durand, Argerich, Casa Cuna y Zubizarreta. En los demás hay programas o grupos de trabajo incluidos dentro de los servicios de pediatría.

Hospital Tornú

El Servicio de Adolescencia de este hospital existe desde hace aproximadamente 15 años, el mismo se encuentra incluido dentro del Servicio de Pediatría, identificado con el nombre de Servicio de Pediatría y Adolescencia. La población que concurre al Hospital está anclada en el territorio cercano al mismo, siendo un espacio georeferencial y de pertenencia para los pacientes que sostienen la atención propia y familiar a lo largo del tiempo. La mayor cantidad de consultas son realizadas por mujeres. El equipo del Servicio está integrado por pediatras, una trabajadora social, una psicóloga, una psiquiatra, residentes; y reciben colaboración del equipo de Educación para la Salud. Cuentan asimismo, con la asistencia de otros profesionales especialistas a quienes derivan casos según la necesidad y consulta del paciente.

Hospital Argerich

Este servicio existe hace 30 años y atiende a jóvenes de entre 10 y 20 años. Nació ante el reconocimiento de la necesidad de atención diferenciada a la adolescencia. La población que acude al hospital concurre desde diferentes puntos de la ciudad, del GBA y del interior del país, son personas sin cobertura social de clase baja. En relación con las consultas, un 70% son realizadas por mujeres y un 30% por varones. Los pacientes de 10 a 13 años concurren acompañados por adultos referentes, de 14 a 16 años representan una zona de transición. A partir de los 18 concurren solos/as o acompañados por sus parejas.

El equipo de adolescencia está integrado por médicos pediatras y clínicos, especialistas en adolescencia, ginecólogas, obstetras, gineco-endocrinóloga y nutricionista. Psicólogos y trabajadores sociales no forman parte del equipo, pero trabajan de manera articulada y a través de derivaciones. Con las otras especialidades se manejan con derivaciones según necesidades específicas.

9. Análisis de los casos

Presentaremos el análisis de las entrevistas centrándonos en la calidad de atención a adolescentes en casos de mujeres que presentan embarazos no planificados y deseos de interrumpirlos. Tomaremos como indicadores para el análisis las estrategias de atención por parte de los profesionales y sus representaciones respecto del adolescente como sujeto, a través de lo que subyace en el discurso de los entrevistados.

En el caso del Hospital Tornú inferimos a través de las declaraciones de la entrevistada que los profesionales no se guían por los criterios planteados por la OPS en relación con la calidad de la atención, frente a los casos de mujeres adolescentes con embarazos no deseados e intenciones de interrupción.

En relación al tema que vos decís, la sexualidad en la adolescencia, aparece mucho. La interrelación con la gente de gineco, por la atención particularmente de mujeres, fue importante. A veces tenés cortocircuitos porque todas, menos una, nuestras ginecólogas son objetoras de conciencia. (H. Simonotto, entrevista, 18/08/2016)

Frente a la pregunta acerca de si hay un discurso consensuado respecto de las consultas por aborto, nos encontramos con la tendencia a la derivación de los casos porque no está contemplado un dispositivo para su abordaje. Esta derivación se hace tanto a otros efectores

como a organizaciones que pueda dar acompañamiento a las adolescentes que desean interrumpir su embarazo.

Sí, incluso te digo con pediatras que tienen quizás una posición filosófica, religiosa distinta pero sí, en general se las orienta hacia los efectores públicos que lo realizan. Inclusive se hace una certificación en algunos casos. (H. Simonotto, entrevista, 18/08/2016)

En general cuando se detecta la cuestión de riesgo, para la mujer sobre todo, está permitido. El hospital que tiene mucha trayectoria en esto es el Argerich y el Alvarez. Ellos lo hacen cuando considera que hay riesgos y el código penal también lo establece así. La cuestión es que muy pocos profesionales podrían explicar el riesgo que produce un embarazo no deseado. Lo [riesgoso para la salud]³ psíquica que implica para una joven un embarazo no deseado. Y también hay articulación con organizaciones de mujeres que a veces trabajan con esta cuestión que es tan difícil de conseguir, tan cara de conseguir, que es el misoprostol. (H. Simonotto, entrevista, 18/08/2016)

Partiendo de los conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria observamos que en el Tornú hacen prevención primaria a través del equipo de Educación para la salud. La prevención secundaria está sesgada por los prejuicios, mitos y concepciones que poseen los profesionales de la salud acerca de la sexualidad adolescente y ceñida al vínculo médico-paciente en el marco de la consulta. En cuanto a la prevención terciaria no tienen un dispositivo armado en virtud de que los casos son derivados y se presupone que el seguimiento se continúa en los hospitales receptores.

Ahí sí hay como vetas más tradicionales[...] Hay una amiga mía que decía 'Bueno, cuando el chico coge, yo dejo de ser la pediatra y lo tiene que ver un médico de adolescencia' pero siempre hay una mirada en relación a los cuidados que requiere las relaciones sexuales a través del profiláctico, a través de los métodos anticonceptivos. En general sí, eso lo hay. A veces, desde mi punto de vista muy instrumental, lo dejan ahí pero otras sí, lo pueden hacer y en general se trabaja mucho. Es una gran cuestión para la pediatría el embarazo adolescente que no es lo mismo para mí que el embarazo no deseado. Sí, se trabaja bastante. Además el hospital tiene distintas reparticiones por ejemplo Atención primaria de la salud o área programática que se dan charlas a los colegios. Se dan charlas formativas. Las ginecólogas también pero ese es un trabajo individual. (H. Simonotto, entrevista, 18/08/2016)

En general continúan más con el equipo del hospital que los atiende, Porque acá se deriva. Incluso en la guardia no tienen el equipo de emergencia y de acá se deriva al Pirovano que si tiene el Kit de emergencia (H. Simonotto, entrevista, 18/08/2016)

A lo largo de esta entrevista queda planteado tangencialmente el lugar que ocupa el adolescente para este Hospital. Se observa que desde los criterios de las relaciones interpersonales de la atención, la integralidad del abordaje de cada caso y la competencia humana y técnica, el Hospital Tornú no retoma estos criterios planteados por la OPS sino que su calidad de la atención en SSyR adolescente, depende más de los criterios y principios individuales de cada profesional. Desde esta perspectiva, el adolescente es derivado a otro hospital y la problemática queda invisibilizada. Lo dicho se ratifica en la falta de un espacio diferenciado de atención adolescente, quedando subsumidas sus problemáticas específicas a un espacio de atención ligado a la infancia.

³ Nota de las autoras.

En el Hospital Dr. Cosme Argerich el equipo de adolescencia logró armar un dispositivo de atención en casos de mujeres embarazadas. A través de los dichos del entrevistado es elocuente una atención integral del sujeto (considerando las distintas dimensiones bio-psico-social y sexual) en donde no sólo se toma en cuenta el motivo explícito de la consulta sino también los aspectos implícitos.

La consulta por embarazo puede ser manifiesta o no, puede venir encubierta por algún otro síntoma o alguna otra expresión, por eso lo importante que pueda verlo un médico clínico que revisa un montón de otras cosas. Cuando aparece el diagnóstico o se confirma el embarazo, tenemos desarrollado una estrategia global para la atención de estas adolescentes. Planteamos una estrategia que definimos como reducción de riesgos y daños para la atención de embarazos en adolescentes con miras a la evitación de una intervención frente al deseo de interrumpir el embarazo que puede ser más compleja y puede llevar a engrosar las filas de las chicas que terminan internadas en terapia, en el mejor de los casos o termina muertas en el camino, o con secuelas que le impide tener nuevos embarazos. A través de varias entrevistas [...], se trabaja despacio la posibilidad de tomar una resolución al deseo o no de embarazo con responsabilidad, autonomía y decisión propia [...] Si decide continuar, hay una obstetra que trabaja acá la continuidad de los embarazos. En la decisión de darlo en adopción, cuando se defina esto legalmente, acompañado por las trabajadoras sociales, o en el deseo de querer interrumpir el embarazo, nosotros damos un acompañamiento, un asesoramiento hasta poder explicarle la importancia de que no cometa errores a la hora de interrumpirlo y planteamos lo que se hace en el resto de los países que tienen autorizado la interrupción del embarazo y lo recomendado por la OMS en virtud de lo cual decimos 'este es el camino'. Explicamos también la importancia de una anticoncepción pos-evento [...] porque sabemos la prevención del segundo embarazo debe ser tomado en consideración cosa que en muchos lugares solo se ocupan de decidir acompañar la interrupción del embarazo, promueven la interrupción y después 'arréglate como puedas'. Así es como vuelven con un segundo embarazo [...]. En esta primera etapa proponemos una consulta psicoterapéutica que tiende a trabajar específicamente la evitación del daño o la secuela que pudiera dejar esta decisión de la interrupción del embarazo y la continuación con el área de salud mental para que pueda tramitar este proceso de la mejor manera y que no le quede como una situación de impacto para el futuro. Una vez resulto, lo que nosotros abrimos hace mucho tiempo, entendiendo que es necesario acompañar y trabajar más en prevención, dar una apertura inmediata a que después del evento venga para ser examinada y para que pueda recibir la anticoncepción y que entienda que es un evento en un momento de crecimiento, de la vida del adolescente y no el evento el que nos preocupa. Lo tomamos como una situación más que puede aparecer en la adolescencia. No es el evento el que nos preocupa sino que puede aparecer como aparece chicos con enfermedades crónicas, [...], que pueda seguirse en el equipo y que pueda regresar. No estamos capacitando al equipo, en "este es el problema, este es el que hay que trabajar"- Hay que saber cómo enfrentarlo en el momento que apareció. Una vez cuando aparece y una vez que se resolvió, hay que seguir mirando al adolescente como un adolescente. (E. Berner, entrevista, 16/08/2016)

A través de este testimonio queda explicitado el abordaje en la prevención primaria, secundaria y terciaria acompañando al adolescente en una toma responsable de decisiones, fortaleciendo su autonomía. Desde esta perspectiva de atención el profesional se despoja de los prejuicios estigmatizantes hacia los adolescentes y de los casos de aborto. Tomándolo como un evento más en la vida del adolescente y no como una impronta determinante de su subjetividad. Asimismo podemos inferir que los principios de calidad de atención planteados por la OPS constituyeron el sustento de su modelo de atención, respetándose la accesibilidad al servicio, la calidad en las relaciones interpersonales, la integralidad y la competencia humana y técnica.

Otro punto interesante a destacar es que según el entrevistado parte de la prevención de un embarazo no planificado, y del aborto, debe orientarse a incluir al varón como parte del proceso de prevención.

[...]la pregunta que uno debería hacerse es porque llega una chica a embarazarse. Entonces la pregunta es, cuántos servicios deberían existir para dar respuesta a un embarazo no deseado. Debería estar centrada en qué no estamos haciendo para prevenir el embarazo. [...] no tomamos a los varones y nosotros, o yo, creo que es uno de los indicadores más fuertes para la prevención de la evitación del embarazo. Muchas de las chicas no usan método pero los chicos tampoco y los programas de SSyR, no incorporan al varón como un objetivo de trabajo y el varón es el que tiene sexo con la chica [...] (E. Berner, entrevista, 16/08/2016)

El servicio realiza constantes esfuerzos para que el programa de salud reproductiva sea efectivo en cuanto a la prevención de embarazos. En este servicio, los profesionales entienden que dejar ir a la joven sin brindarle ningún tipo de herramienta, es colocarla en un grupo de riesgo de alta morbilidad. A sabiendas de que se está interviniendo en un ámbito donde el aborto es ilegal, pero sin dejar de lado que no se puede abandonar a su suerte a la paciente y que de acuerdo a las Convenciones y los Tratados Internacionales, el profesional debe trabajar en pos del interés superior del niño y adolescente es que se hace fuerte la idea de implementar consejerías pre y postaborto.

Nosotros iniciamos este camino con la anticoncepción, iniciamos esta apertura que dimos en llamar asesoramiento más que consejería porque nosotros no estamos en condiciones de aconsejar a nadie sino de asesorar frente a una situación como asesoraríamos frente a otros eventos. Porque nosotros no tenemos que dar el consejo de qué hacer porque esto no está autorizado ni legalizado pero si tenemos la obligación de asesorar acerca de que cosas pueden ser beneficiosas o que cosas pueden ser negativas para la salud del adolescente (E. Berner, entrevista, 16/08/2016)

Del testimonio del Dr. Berner puede inferirse el posicionamiento que se tiene respecto del adolescente como sujeto de derechos, además del abordaje integral de los profesionales. Tal como plantea la Convención de los Derechos, los jóvenes tienen derechos a ser escuchados y tomar decisiones informadas sobre sí mismos. Este consultorio de adolescencia tiene esta perspectiva y buscan darle protagonismo y hacerlo partícipe de las decisiones sobre su salud.

10. Palabras finales

Como reflexión final de este trabajo queremos retomar el título: “Embarazos no deseados y aborto en la adolescencia. Del dilema al problema, caminos posibles.”. Nosotras partimos de la idea de que los adolescentes, así como todas las personas, deberían tener la posibilidad de tomar decisiones informadas y conscientes sobre su vida y su sexualidad. Entendemos que la interrupción voluntaria del embarazo debería ser un derecho, sin embargo hay un camino que recorrer para su conquista. A pesar de la ilegalidad, los abortos se siguen sucediendo en la clandestinidad, colocando a las mujeres en una situación de morbilidad. Entendemos que es una responsabilidad de los efectores públicos dar respuesta y contención, ya que existe el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que plantea la existencia de consejerías, como espacios de escucha y orientación donde se promueve la toma de decisiones, consciente, autónoma e informada, basado en el modelo de reducción de riesgos y daños.

Nos encontramos con que muchos profesionales no están formados para dar respuesta a esta problemática y presentan una falta de sensibilización frente a la situación que atraviesa una mujer en el momento en que ha decidido que no quiere ser madre. Existe un maltrato institucional consciente o inconsciente, porque la clandestinidad juega como una condena simbólica en gran

parte del personal de salud. Estas actitudes son más preocupantes cuando se refiere a la atención de las adolescentes, por ser inmaduras emocionalmente. (Checa, 2003).

Como conclusión pensamos en la necesidad de crear servicios de adolescencias en todos los efectores públicos con consejerías o asesorías en SSyR, promover la capacitación de los profesionales desde una perspectiva de trabajo interdisciplinario, con un enfoque de género y derechos. A partir del análisis de los casos puede visibilizarse la reducción de riesgos cuando estos espacios existen y los adolescentes son atendidos de manera integral y sus preocupaciones y necesidades son escuchadas.

Queda como desafío trabajar en la inclusión de los varones en el sistema de salud, en las consultas cotidianas y en lo que hace a la SSyR, entendiendo que son parte del proceso de prevención de embarazos no deseados.

11. Bibliografía

- Adaszko, Ariel: "Perspectivas Socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo" Punto 2. En: "Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas" Mónica GOGNA (Coordinadora) – UNICEF- CEDES- Argentina Salud- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación- Bs. As. 2005.
- Alonso, Valeria: "Abordajes de los servicios de salud y perspectivas profesionales acerca de la adolescencia y el embarazo" Capítulo 6. En: "Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas" Mónica GOGNA (Coordinadora) – UNICEF- CEDES- Argentina Salud- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación- Bs. As. 2005.
- Berner, Enrique y Otros (2006) "Un nuevo desafío en la atención de la adolescente consejería pre y postaborto"; En Revista Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, vol. 13, n°6, 2006.
- Berner, Enrique y Otros, "Adolescencia. Un servicio amigable para la Atención Integral de la salud", Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Junio de 2009, ISBN N° 978-987-25119-0-6
- Castro, Roberto: Los determinantes sociales de la salud-enfermedad. Tres aproximaciones al tema para una epidemiología sociocultural reflexiva (Cap. 2), en Teoría Social y Salud, Editorial Lugar, CRIM, Argentina, 2011.
- Checa, Susana (comp): Introducción- en "Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia!". Paidós, Buenos Aires, agosto de 2003.
- Checa, Susana et ál. «Seguimiento de la calidad de atención de complicaciones post-abortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires». En: Checa, S. (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2006
- Checa, Susana, Erbaro, Cristina, Schwartzman, Elsa (2015) "Calidad de la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes desde la perspectiva de Género y Derechos en servicios de salud adolescente de efectores públicos de Ciudad de Buenos Aires", En XI Jornadas de Sociología, Ponencia 1029, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 2015 Disponible: http://jornadasdesociologia2015.sociales.uba.ar/altaponencia/?acciones2=ver&id_mesa=99&id_ponencia=1029
- Chiarelli, Julieta; Echegaray, Carolina y Otros, "Tu derecho a decidir, mi deber de informar: aborto con misoprostol en atención primaria", En: BOLETÍN DE LA FEDERACIÓN - LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG), Volumen 3. Número 1, marzo, 2015 ISSN: 2304-7585
- CONDERS La exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos. Bs As 2008 www.conders.org.ar
- Fernández Ana (1993): "La invención de la niña", Buenos Aires, UNICEF. Mimeo

- Gogna, Mónica, Petracci, Mónica y Otros (2008) “Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos”, En Salud Pública de México, vol.50, n°1, enero-febrero 2008
- Gogna, Mónica, Petracci, Mónica y Otro “Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto en la Argentina:¿Una transición ideológica?”, En <http://iusp2005.princeton.edu/papers/52444>
- INSEGNAR- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (2010), “¿Todo bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva”, Rosario, Argentina 2010
- Lamas, Marta: Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cap II y IV. En Cuerpo: diferencia sexual y género. Ed Taurus-Pensamiento México 2002
- Laurell, Asa Cristina: La Salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales. N° 19, Rosario, Argentina 1982
- Matamala, María Isabel y otras: Calidad de la Atención Género. ¿Salud reproductiva de las mujeres?, Chile, 1995
- Morlachetti Alejandro: NOTAS DE POBLACIÓN N°85 • CEPAL 63. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. (Mimeo)
- Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. La situación de la mortalidad materna en la Argentina. Buenos Aires: CEDES; CREP; IIE/ANM, 2010. 8 p. (Hojas Informativas, 1) Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/hojas_informativas/hoja1.asp
- Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. La situación de la mortalidad materna en la Argentina y el ODM 5. Buenos Aires: CEDES; CREP, 2013. 8 p. (Hojas Informativas, 8) Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_8.pdf
- Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. El embarazo en la adolescencia. Buenos Aires: CEDES; CREP, 2014. 8 p. (Hojas Informativas, 10) Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_10.pdf
- OPS. Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, San Salvador, 1995 (mimeo)
- Petracci, Mónica (coord.) Mesa debate: Calidad de atención en salud. Serie Seminarios Salud y Política Pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, 2004.
- UNICEF, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Fundación Huésped. Iniciativa 10x10, 2015.
- Weeks, Jeffrey: Sexualidad, Cap.II, en La invención de la sexualidad. Editorial Paidós. México. 1998.