

PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA PARA
ADOLESCENTES EN ARGENTINA, BRASIL Y
MÉXICO: UNA EVALUACIÓN CUALITATIVA

Mónica Gogna
Maria Coleta de Oliveira
Claudio Stern
Diana Reartes

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes¹ es una cuestión que actualmente suscita interés y preocupación a nivel mundial. La existencia de programas y servicios de salud específicamente dirigidos a esta población resulta una pieza clave para que mujeres y varones puedan protegerse de los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el Sida. El artículo analiza la experiencia de programas y servicios de salud reproductiva para adolescentes en tres importantes ciudades de América Latina: Buenos Aires, México D.F. y San Pablo. Los estudios de caso ilustran las dificultades políticas, económicas e institucionales que estos servicios enfrentan así como también sus estrategias de resistencia y sus logros. Tanto los profesionales de la salud entrevistados como los usuarios proveen recomendaciones útiles para mejorar el funcionamiento y la calidad de estos servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cada uno de los tres estudios de caso utilizó una variedad de fuentes y técnicas para producir:

1. Siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), consideramos adolescentes a la población de diez a diecinueve años.

- a) Un perfil sociodemográfico y un diagnóstico epidemiológico de la población objetivo basado en datos de fuentes secundarias. Este diagnóstico proporcionó insumos para el análisis de la adecuación de los programas públicos respecto de las necesidades de salud de los adolescentes.
- b) Un análisis de los documentos y materiales escritos de los programas seleccionados que permitió estimar la adecuación de los programas respecto de los lineamientos y compromisos de las Conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995), en las cuales las preocupaciones acerca de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes fueron foco de debate y consenso.
- c) El análisis y la discusión de la opinión de los funcionarios de la salud pública, del personal técnico y de los proveedores de servicios sobre las barreras políticas, institucionales, etc. así como de los aspectos que facilitan la implementación de los programas. Se realizaron un total de 12 entrevistas semiestructuradas con funcionarios de la salud pública y personal técnico (5 en Buenos Aires, 3 en México D.F. y 4 en San Pablo) y 35 entrevistas semiestructuradas con proveedores de servicios de salud (16 en Buenos Aires, 9 en México D.F. y 10 en San Pablo).
- d) El análisis y la discusión de las expectativas de los adolescentes acerca de las características de los programas y servicios. Un total de 91 adolescentes usuarios de servicios de salud fue entrevistado (31 en Buenos Aires, 30 en México D.F. y 30 en San Pablo).

Sobre la base de los estudios de caso se efectuó un análisis comparativo para identificar contrastes y similitudes y reconocer sus causas. Asimismo, se realizó un taller en cada uno de los sitios con el fin de difundir los hallazgos de la investigación entre funcionarios públicos, personal técnico, profesionales de la salud, organizaciones no gubernamentales y académicos que trabajan en el campo de la salud reproductiva adolescente.

LOS PROGRAMAS Y LOS SERVICIOS SELECCIONADOS

El status de los programas de salud adolescente seleccionados difiere en cierta medida en los tres sitios. Por ejemplo, en Buenos Aires si bien existe una larga tradición de provisión de servicios de salud para adoles-

centes en hospitales públicos, no hay formalmente ningún programa de la Secretaría de Salud del Gobierno de la ciudad. Por lo tanto, en este caso, el documento analizado es el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente, creado y diseñado por el Ministerio de Salud y Acción Social en 1993, el que tiene una sección dedicada a la salud reproductiva. Contrariamente, en los otros dos lugares (México D.F. y San Pablo) hay varios programas. Debido a esta situación se seleccionaron los programas más representativos y/o interesantes para ser estudiados.

En México D.F. se eligieron el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (PNASRA), de la Secretaría de Salud, y el Programa Educativo para Adolescentes (PREA) del Hospital de la Mujer². El primero fue establecido en 1993 a través de la implementación de módulos en centros de salud del primer nivel de atención y en hospitales correspondientes al segundo nivel de atención. El programa que inició en el Distrito Federal fue extendiéndose a toda la república, contándose en 1999 con 259 servicios especializados, 16 de los cuales funcionan en el Distrito Federal³. El PREA fue iniciado en 1988, como programa piloto por el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA)⁴ y el Hospital, recibiendo en una primera etapa el apoyo financiero de varios organismos internacionales hasta que, en 1992, una vez establecido el servicio y capacitado el personal, fue transferido al hospital para que operara independientemente de apoyos externos.

En el caso de San Pablo, fue escogido el Programa de Salud del Adolescente del Estado de San Pablo, creado en 1985, teniendo como base las propuestas del movimiento de mujeres. Esta iniciativa estimuló y contribuyó el desenvolvimiento posterior del programa en el ámbito nacional, concretizándose en 1989 el Programa de Salud del Adolescente (Prosad) como programa nacional al nivel del Ministerio de Salud.

Consecuentemente, también existen diferencias en los servicios elegidos donde se realizó el trabajo de campo que vale la pena explicitar. Una de esas diferencias tiene que ver con el tipo de servicios analizados: centro

2. El Hospital de la Mujer depende de la Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y provee atención especializada en ginecología y obstetricia.
3. Cabe mencionar que, a partir de 1997 y como consecuencia del proceso de descentralización de los servicios de salud iniciado en 1995, los módulos del D.F. comenzaron a ser operados por la Dirección de Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal.
4. CORA es un organismo no gubernamental pionero en el campo de la educación sexual para adolescentes que ha venido desarrollando desde 1978 diversos programas de atención integral a la salud del adolescente.

de salud⁵ y ambulatorio de especialidades⁶ en San Pablo; módulo de atención primaria y programa educativo dentro de un hospital especializado en gineco-obstetricia en México D.F. y servicios para adolescentes en hospitales públicos en Buenos Aires.

En esta última ciudad se seleccionó un Servicio Integral de Atención del Adolescente que funciona en el Hospital Argerich y un Consultorio de Adolescencia dentro del Servicio de Ginecología General del Hospital Rivadavia. Ambos son servicios de reconocida trayectoria en el ámbito médico hospitalario y forman parte de la estructura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, por lo que tienen entre otras tareas la formación de profesionales dedicados a la atención de los adolescentes así como la investigación. Ambos servicios se abocan desde hace más de 20 años a la atención de adolescentes; mientras el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich funciona desde 1983 al ser trasladado desde otro hospital en el que se había iniciado en 1978, el Consultorio de Adolescencia del Hospital Rivadavia fue establecido en 1976.

También existe cierta diversidad en los programas y servicios escogidos en cuanto al grado de centralidad que tiene la atención de la salud reproductiva versus la salud integral de los adolescentes. Así, el término salud reproductiva aparece sólo en el caso de México, mientras que los dos programas estudiados en San Pablo y el Plan Nacional de Argentina utilizan la terminología "salud adolescente" o salud integral del adolescente. En el caso del Prosad (San Pablo), no obstante, sexualidad y salud reproductiva son explícitamente consideradas como áreas prioritarias para la acción.

Otra diferencia a destacar es el peso relativo de lo asistencial en comparación con el desarrollo de actividades educativas. La mayoría de los programas y servicios analizados se dedican básicamente a la provisión de servicios de salud. Las excepciones las constituyen: el PREA (México D.F.), que es un programa fundamentalmente educativo y que, aún cuando se desarrolla en un hospital de gineco-obstetricia, ofrece consulta médica y psicológica, y el Centro de Salud-Escuela Samuel B. Pessoa (San Pablo), que asocia provisión de servicios y actividades educativas.

5. Se trata del Centro de Salud-Escuela Samuel B. Pessoa (CSE-Butantã) de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo.

6. Es una unidad asistencial de nivel secundario que ofrece servicios de mayor complejidad que un centro de salud y de menor complejidad que un hospital. Los ambulatorios tienen profesionales de diversas especialidades. En el ambulatorio incluido en este estudio (Posto de Atendimento Médico Maria Zélia), los pacientes son atendidos por un médico clínico (sanitarista) que decide si es necesario derivar al paciente a un médico especialista (por ejemplo, a un ginecólogo).

En cuanto a la población usuaria, dos de los seis servicios incluidos en el estudio atienden exclusivamente a mujeres ya que están insertos en servicios de ginecología u obstetricia, mientras que los restantes están teóricamente dirigidos a adolescentes de ambos sexos.

Existen también diferencias en el volumen de la población atendida por los servicios y en la composición profesional de los equipos de salud que trabajan en los mismos. En los casos de México D.F. y San Pablo, los equipos están compuestos por médicos generales, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales, mientras que los servicios estudiados en Buenos Aires incluyen también a ginecológicos y pediatras.

Fuimos conscientes de que, aún cuando esta diversidad de situaciones podía suscitar algunas dificultades a la hora del análisis comparativo, resultaba prioritario seleccionar casos típicos o representativos de cada sitio y también ilustrar el mosaico de situaciones que, en cada ciudad y en la región en su conjunto, configura la oferta de servicios de salud reproductiva para adolescentes en la actualidad.

RESULTADOS

Los resultados comprenden la identificación de barreras políticas e institucionales que obstaculizan el desarrollo y crecimiento de los programas y los servicios de salud reproductiva adolescente, así como el análisis de la perspectiva de los profesionales de la salud y de los usuarios acerca del funcionamiento de dichos programas y servicios, a partir de una comparación sistemática de las semejanzas y diferencias halladas entre los casos estudiados así como al interior de los mismos, en los siguientes cuatro aspectos:

A) ACERCA DEL ORIGEN, CONTEXTO Y CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS

Los programas de San Pablo y México D.F. y el plan de Argentina analizados en este estudio surgen en contextos sociopolíticos bastante diferentes: "favorables" al desarrollo de este tipo de iniciativas en los dos primeros casos y sumamente adverso en el caso de Buenos Aires. Tanto en Brasil como en México, las Plataformas de Acción de las Conferencias de El Cairo y Beijing otorgaron legitimidad política a las acciones dirigidas a la población adolescente que venían desarrollándose tanto por parte del sector salud como de organizaciones no gubernamentales.

En México, desde mediados de los años setenta el Estado había dado gran importancia a la planificación familiar y el apoyo y la influencia de los organismos internacionales (OPS, UNFPA, Unesco) facilitó el desarrollo de servicios de salud reproductiva dirigidos a la población adolescente, neutralizando de alguna manera la oposición de la Iglesia Católica.

En el caso de Brasil, la existencia en el país de un debate público sustantivo en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la experiencia de diálogo entre a sociedad civil y el Estado en torno a la propuesta Paism (Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer) en los años ochenta, resultó un importante antecedente que facilitó el diseño y la puesta en marcha de programas de salud para adolescentes. Como lo revela el estudio de caso realizado, el Prosad se benefició enormemente a nivel local de los esfuerzos realizados para la implementación de acciones a favor de la salud de las mujeres, así como también de la existencia de un importante movimiento de salud que defiende los principios del Sistema Único de Salud (integralidad, universalidad y jerarquización de los servicios)⁷. Ambos factores dieron legitimidad al desarrollo de servicios destinados específicamente a la población adolescente. A pesar de estas circunstancias facilitadoras, las autoras del estudio de Brasil señalaron que no existe aún suficiente sensibilidad para con la temática de la salud de los jóvenes entre, por ejemplo, los responsables del monitoreo de las políticas públicas de salud (los consejos de salud) y que esta falta de sensibilidad se debe en parte a la escasa acción articulada de los jóvenes que, a diferencia del movimiento de mujeres, no ejercen ningún tipo de presión sobre el Estado.

En el caso de la Argentina, en cambio, el plan emerge en un contexto político-institucional sumamente adverso, baste recordar que el gobierno del presidente Menem (1989-1999) tuvo una clara alineación con la posición del Vaticano en las Conferencias de El Cairo y Beijing.

Otra diferencia a destacar entre los casos nacionales es que, tanto en México como en Brasil, los organismos internacionales (OPS, FNUAP, OMS, Unicef, etc.) han tenido y tienen una mayor influencia que en la Argentina sobre las acciones gubernamentales en el área de atención a los adolescentes y jóvenes, tanto por su contribución en términos de recursos financieros y apoyo técnico cuanto por su mayor presencia como

7. Implica que los diversos niveles de complejidad deben estar organizados.

actores sociales en el debate y en la acción política relacionada con esta temática⁸.

Finalmente, es posible destacar diferencias también en la génesis de los programas. Tanto en San Pablo como en Buenos Aires los programas se diseñaron sobre la base de propuestas realizadas por grupos de profesionales (ginecólogos, pediatras, especialistas en salud pública) con experiencia de trabajo con adolescentes en hospitales públicos vinculados a facultades de medicina. En el caso de México D.F., en cambio, en la discusión de la propuesta del programa tuvieron una activa participación las organizaciones no gubernamentales con trayectoria de trabajo con adolescentes.

No obstante estas diferencias, tanto los programas analizados como los servicios a través de los cuales éstos se implementan presentan rasgos comunes y enfrentan obstáculos o desafíos similares. El análisis del contenido de los programas y el plan muestra que los principales ejes en torno de los que se han estructurado son semejantes:

- concepto de salud integral (biopsicosocial);
- equipos interdisciplinarios;
- énfasis en la provisión de información;
- énfasis en la anticoncepción;
- énfasis en la prevención del embarazo adolescente, que es visto como el problema central de salud reproductiva de los adolescentes;
- desarrollo de acciones a nivel comunitario;
- énfasis en la promoción de actitudes y comportamientos "responsables" en relación con la sexualidad y la reproducción;
- escasa mención del rol del varón en la prevención y cuidado de la salud reproductiva.

Más allá de las diferencias de origen ya señaladas, la lectura de los textos de los programas revela la existencia de un lenguaje común, que parece obedecer en una primera etapa a la influencia ejercida por la OPS y/o FNUAP, según los países, y luego, a la rápida difusión que tuvieron los consensos alcanzados en El Cairo y Beijing, en cuyas plataformas de acción se otorga gran importancia al concepto de responsabilidad individual en relación con la sexualidad y la reproducción, atribuyéndose un rol

8. Cabe destacar que la Argentina nunca ha sido un país prioritario para estas agencias por considerárselo de mayor desarrollo relativo que otros países de la región y por haber tenido una transición demográfica temprana.

determinante a la información como un medio para alcanzar esa responsabilidad.

Es de resaltar que el énfasis en el comportamiento sexual "responsable" está más presente en el discurso de los proveedores entrevistados en Buenos Aires y ciudad de México que en San Pablo. En este último lugar es donde parece haber más conciencia entre los prestadores de salud de que promover un sujeto sexual, un individuo capaz de ser el agente regulador de su propia vida sexual, es un proceso complejo que requiere algo más que información y apelaciones a la responsabilidad.

Asimismo, cabe mencionar que el programa de San Pablo es el más "antiguo" de los tres analizados (el Pasa, vinculado a la Escuela de Medicina de la Universidad de San Pablo, que data de 1985) y es el que presenta la concepción "más avanzada". A mediados de los años ochenta este grupo ya hablaba de "favorecer el conocimiento y la autonomía del adolescente" y actualmente, ha desarrollado una concepción de trabajo que incluso critica la perspectiva interdisciplinaria por considerar que en la práctica esta se reduce a la mera unión de varias perspectivas y no a una verdadera integración de los diversos saberes disciplinares.

B) OBSTÁCULOS A LA IMPLEMENTACIÓN Y/O FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS/SERVICIOS PARA ADOLESCENTES

Entre los principales obstáculos para la creación e implementación de programas en México se destacan las presiones de la Iglesia Católica contra el control de la natalidad y la educación sexual fuera de la familia, así como la oposición del Grupo Provida y del Pan (Partido de Acción Nacional). También en el caso de Argentina, la inexistencia de un programa específico en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires obedeció a la fuerte influencia ejercida por la jerarquía de la Iglesia Católica para evitar la introducción de programas de educación sexual y a su constante negativa a proveer información y suministrar métodos anticonceptivos a los adolescentes. De hecho, la provisión de servicios de salud reproductiva a los adolescentes fue, junto con la inclusión del DIU en el listado de métodos a ser provistos en los hospitales públicos, uno de los ejes de conflicto que explican por qué el Senado nacional no aprobó la Ley de Salud Reproductiva que había obtenido media sanción en la Cámara de Diputados en 1995, accediendo así a los requerimientos de la Iglesia Católica. También en el caso de Brasil, el estudio indica la existencia de presiones por parte de la

Iglesia Católica en lo concerniente a la educación sexual, el uso de contraceptivos y el aborto.

En los dos casos en que existen programas (San Pablo y México D.F.) se observa una cierta fragmentación institucional. Así, en el segundo caso, aunque existía una formulación técnica y programática específica para el trabajo con adolescentes, hasta 1999 el Programa de Adolescentes estuvo bajo la coordinación del área de salud materno-infantil y sólo recientemente el programa responde a un área específica que tiene por objetivo atender las demandas de ese grupo de población. El PREA también ilustra cómo los programas destinados a adolescentes suelen quedar englobados en el área materno-infantil; el mismo es actualmente una de las múltiples actividades que despliega el Programa Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

El estudio de caso mexicano también ilustra acerca de la existencia de problemas señalados en Buenos Aires y, en menor medida, en San Pablo: prácticamente no existe ninguna vinculación entre las diferentes agencias estatales y federales que llevan a cabo actividades relacionadas con los servicios de salud adolescente en el Distrito Federal, ni tampoco entre el primer y segundo nivel de atención. Algo similar ocurre en Buenos Aires, donde no existe coordinación entre las actividades dirigidas a adolescentes que se realizan en los centros de salud (como parte del Programa de Procreación Responsable que brinda información y métodos anticonceptivos a toda la población en edad reproductiva) y las que realizan los servicios de adolescencia de los hospitales públicos.

El trabajo realizado también evidenció que existen obstáculos al desenvolvimiento y consolidación de los programas de salud para adolescentes vinculados a la situación socioeconómica adversa que atraviesan vastos sectores de la población en los tres países (elevados índices de desempleo y niveles crecientes de pobreza), así como también a la reducción del papel del Estado en la prestación de servicios a la población, en particular en el sector salud. Como consecuencia de la reforma del sector se observa una disminución del personal, ausencia de nuevas contrataciones y reducción de los presupuestos destinados a salud.

En los tres casos, los proveedores reportan preocupaciones similares en torno a la cantidad y perfil de pacientes que atienden. De acuerdo con los testimonios recogidos en las entrevistas, la accesibilidad de los pacientes de menores recursos se ha visto enormemente afectada en los últimos años; concomitantemente, todos los sitios reportan que el perfil de su clientela está cambiando. Ahora, es más frecuente la presencia de pacientes

de clase media que perdieron la cobertura de salud que tenían debido a su inserción en el mercado laboral. En términos de volumen de consultas, los testimonios de los entrevistados indican que el flujo de pacientes habría aumentado en los últimos años.

Otra demanda compartida por los tres sitios es la necesidad de contar con más recursos humanos y, en particular en el caso de México D.F., con recursos humanos adecuadamente capacitados en el trabajo con adolescentes. En algunos de los casos se han operado drásticas reducciones del número de personal, mientras que en otros la disminución no ha sido tan abrupta pero será evidente a mediano y largo plazo. En cuanto al "tipo" de recurso humano que sería necesario incorporar para mejorar los servicios, existen diferencias entre los diversos servicios en los que se realizó el trabajo de campo. Por ejemplo, mientras en el estudio de San Pablo se denuncia la carencia de profesionales de diversas especialidades (inclusive médicos), en los servicios estudiados en Buenos Aires el mayor déficit se registra en el área de enfermería.

También como producto del recorte de fondos destinados al sector salud se han observado situaciones de reducción de las horas de trabajo. La disminución de personal y/o de horas de trabajo ha afectado seriamente la posibilidad de los equipos de salud de desarrollar actividades de prevención y/o acciones extramuros. En dos de los seis servicios estudiados (Hospital Argerich de Buenos Aires y PAM Ma. Zelia en San Pablo) fue muy evidente la nostalgia de los profesionales por los tiempos en que desarrollaban un intenso trabajo en la comunidad por contar con personal suficiente y con recursos externos para el desarrollo de estas actividades. En el caso de México D.F., se constató que el trabajo a nivel de la comunidad es reciente, no sistemático y secundario respecto del fuerte trabajo asistencial que realiza el módulo, mientras que no existe ningún tipo de trabajo comunitario en el caso del PREA.

La sobrecarga de trabajo también ha afectado las posibilidades del personal de asistir a cursos de capacitación, como fue manifestado por el personal del módulo de atención en México. Finalmente, la escasez de personal trae como consecuencia que los profesionales que atienden adolescentes deban cumplir también, en ocasiones, otras funciones dentro de las instituciones.

Otros obstáculos a la adecuada prestación de servicios observados en los tres casos son la falta de insumos de todo tipo y en particular, de anticonceptivos y los problemas relacionados con la realización de estudios de laboratorio. Varios profesionales señalaron que tenían limitaciones

para prescribir determinados estudios de laboratorio por problemas de costos o que la demora en la entrega de los resultados afectaba la provisión del servicio (por ejemplo, la colocación del DIU). En el caso de Buenos Aires, las entrevistas revelaron que las usuarias que tienen cobertura de salud suelen utilizar los servicios de la obra social para la realización de los estudios de laboratorio como estrategia para sortear la demora en la entrega de los resultados en el hospital público. En San Pablo, donde existen cupos para el número de exámenes de laboratorio que pueden solicitar las unidades de salud, los pacientes se enfrentan a la alternativa de esperar un largo tiempo para acceder al estudio o pagar esos exámenes en laboratorios particulares.

Por último, el estudio realizado permitió identificar un conjunto de obstáculos y/o desafíos para los programas y servicios que son inherentes a la especificidad del trabajo con adolescentes en el campo de la salud reproductiva. Uno de los rasgos distintivos de la atención de salud de los adolescentes es que la consulta médica en este grupo de edad requiere mayor tiempo que la de los adultos y una habilidad especial para "leer entre líneas" los motivos de consulta latentes a partir de las demandas manifiestas. En dos de los servicios (uno en Buenos Aires y otro en San Pablo) se mencionó específicamente que los equipos trabajan con la noción de que la visita de un adolescente a un servicio de salud no debe ser una "oportunidad perdida", lo que tiene por resultado un tiempo de consulta más prolongado que el de otras especialidades. Varios entrevistados indicaron que muchas veces esta especificidad no es comprendida en las instituciones de salud, en particular, vista la creciente preocupación de los funcionarios y administradores por la productividad de los servicios. Por otra parte, mantener este principio resulta difícil también por las condiciones de trabajo antes descritas y puede llegar a generar tensiones con el resto de los profesionales que deben atender un mayor volumen de consultas por jornada de trabajo, tal como fue reportado en uno de los servicios de México D.F.

Aunque existe un amplio consenso entre los expertos y entre los profesionales de salud acerca de los beneficios del abordaje interdisciplinario en el trabajo con población adolescente, nuestro estudio indica que buscar la integración de los variados conocimientos y visiones es una tarea no exenta de dificultades, sobre la que creemos necesario profundizar la indagación y la reflexión en orden a desarrollar programas y servicios más adecuados y eficaces. A veces, estas dificultades fueron explicitadas como un problema a resolver por los propios entrevistados (por ejemplo, en México

D.F.). En otros, no hubo referencias explícitas a las dificultades de trabajar interdisciplinariamente, pero fueron evidentes frente a temas puntuales como la "doble protección", frente a la cual, en los servicios estudiados en Buenos Aires, las psicólogas y los médicos mantenían perspectivas encontradas. No obstante, la investigación realizada revela interesantes intentos por avanzar en la línea del trabajo interdisciplinario. Tal es el ejemplo del mecanismo de admisión conjunta de la usuaria por parte del médico y la psicóloga en el Hospital Rivadavia de Buenos Aires o la existencia de una ficha única de atención para cada paciente en la cual cada profesional aporta sus observaciones e intenta dar elementos a los demás que potencien sus capacidades de análisis, de manera que entre todos puedan comprender mejor el tipo de demanda que el paciente trae (caso de Butantã, San Pablo). Estas son, sin duda, experiencias auspiciosas en contextos en los cuales la cultura dominante en los servicios de salud aún otorga un gran énfasis al paradigma curativo en detrimento de las actividades de prevención y valora diferencialmente los saberes de los diferentes profesionales que trabajan en el campo de la salud, la enfermedad y la atención.

Otro aspecto a considerar en el trabajo con adolescentes es que dado que este grupo de población tiene un status legal diferente al de los adultos, los profesionales que les prestan servicios de salud se sienten muchas veces desamparados frente a eventuales acciones legales que los padres o tutores podrían iniciar en su contra. En este sentido, las situaciones estudiadas son claramente diferentes. En el caso de los servicios estudiados en Buenos Aires y ante la ausencia de un programa o normativa que legitime la tarea asistencial, los profesionales de la salud expresaron claramente su temor a ser demandados o sancionados por proveer métodos anticonceptivos. En México D.F., en 1994 se modificó la normativa para incluir de manera explícita el derecho de los adolescentes a solicitar y recibir anticonceptivos, con el objetivo de dar mayor seguridad y/o tranquilidad a los médicos. Si bien antes de esta fecha no estaba prohibido recetar anticonceptivos a los adolescentes, la falta de lineamientos legales al respecto inhibía a muchos médicos que temían demandas legales o sanciones por esa práctica.

Dada la ilegalidad del aborto en los tres países, los profesionales de la salud enfrentan dificultades para responder a las demandas de los adolescentes y ofrecerles orientación cuando se enfrentan a este problema. Parece, no obstante, haber una cierta diferencia en las actitudes de los proveedores entrevistados en Buenos Aires y San Pablo, por un lado, y los de México D.F., por el otro. En los dos primeros sitios suelen ser más explíci-

tos respecto de las condiciones en que debería desarrollarse un aborto seguro y de la necesidad de que las usuarias retornen al servicio para control a posteriori.

Asimismo, en los tres sitios se observan dificultades para abordar las problemáticas de violencia y adicciones. Aún en casos como el de Butantã (San Pablo), en que el personal está altamente sensibilizado respecto de la problemática de la violencia hacia la mujer, los profesionales advierten que se trata de una tarea compleja, en particular en lo que hace al vínculo violencia-drogas. En general, los servicios estudiados tienden a derivar estos casos a instituciones especializadas.

La promoción de la "doble protección" (dar consejería y provisión de métodos para prevenir simultáneamente el embarazo no deseado y las ETS) puede considerarse un déficit de los servicios o una actividad que resulta difícil de implementar por diversos motivos. En el caso de San Pablo, se trata básicamente de falta de recursos; si bien los profesionales son conscientes de ambas problemáticas, refirieron que la carencia o discontinuidad en la provisión de preservativos conspira seriamente contra la posibilidad de sostener esta política. En el caso de Buenos Aires, se observó la existencia de posturas diferentes entre médicos y psicólogas; los primeros parecen más convencidos que las segundas de que la "doble protección" es realmente difícil de implementar por razones psicosociales y culturales y frente a los "dos riesgos" potenciales tienden a privilegiar la prevención del embarazo. En México, resultó llamativo que ninguno de los dos servicios estudiados trabaje en la línea de la "doble protección".

Los profesionales de la salud tienen diverso grado de familiaridad con la perspectiva de género y de los derechos reproductivos. Así, por ejemplo, el estudio de México D.F. muestra que las recomendaciones de El Cairo y Beijing llegaron a ser conocidas en el mejor de los casos por el nivel medio de funcionarios; la mayoría de los proveedores desconoce los acuerdos internacionales y no han sido informados y/o capacitados en estas temáticas. En el caso de San Pablo, la situación es diferente. Se trata de un contexto en el que se ha dado una amplia discusión acerca de los derechos de las mujeres y, en particular, los derechos en el campo de la sexualidad y la reproducción, debido al accionar del movimiento de mujeres. Entre los profesionales entrevistados en Buenos Aires se encontró heterogeneidad en el grado de conocimiento y aceptación de las perspectivas de género y de derechos en el campo de la salud reproductiva y la sexualidad. De todas maneras, consideramos auspicioso que en los tres sitios la mayoría de los profesionales entrevistados estuviera de acuerdo en que promo-