

Riesgos para la salud de adolescentes: barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

María Noel Fachal y Yasmín Mertehikian.

Cita:

María Noel Fachal y Yasmín Mertehikian (2013). *Riesgos para la salud de adolescentes: barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva*. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-038/746>

Mesa: 79 – Investigación social y salud

Título de la ponencia: Riesgos para la salud de adolescentes: barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

Autores: Fachal, María Noel – Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

Mertehikian, Yasmín Amira – Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

Introducción

Con miras a abordar la calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, desde una perspectiva de género y derechos, proponemos el siguiente ejercicio: pensar los derechos humanos desde una concepción integral, de manera tal de comprender el concepto de derecho a la salud y cómo se debe garantizar su acceso, goce y permanencia en el mismo. Esto último muestra que todos los derechos humanos están interrelacionados y son interdependientes (INSGENAR-CLADEM, 2008).

En este sentido, se conciben los derechos humanos como un todo que posibilita la libertad de las personas en condiciones dignas, considerando a los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales como verdaderos derechos en condiciones de igualdad y que deben ser aplicados partiendo del hecho esencial de que son indivisibles e interdependientes (INSGENAR-CLADEM, 2008).

Por lo tanto, *“el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud”* (INSGENAR-CLADEM, 2008: 60). Resulta necesario agregar a la citada definición lo estipulado en la Plataforma de Beijing, en la cual se señala que la salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social (INSGENAR-CLADEM, 2008).

Desde la noción de salud integral, la calidad de atención se caracteriza como un conjunto de aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales del bienestar. Tomando como punto de partida dicho enfoque, se entiende la calidad como un atributo de la atención en salud que satisface un grupo de necesidades que la población sana o enferma demanda ser resueltas en la institución de salud, a través de acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria (Matamala *et al.*, 1995). Al mismo tiempo, la definición de calidad propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la calidad de atención consiste en el desempeño adecuado de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición (Alva y Vargas, 2001).

De acuerdo con lo anterior, el bienestar que debe proveer una atención de salud, para ser de buena calidad, resulta de: 1) la resolución de las necesidades de prevención o sanación de las personas que consultan; 2) la satisfacción de las expectativas de las personas consultantes; 3) el reconocimiento, la promoción y el respeto por los derechos humanos de los usuarios; y 4) el empoderamiento de las personas consultantes, asunto que implica esfuerzos que contribuyan a deconstruir las relaciones sociales jerárquicas en términos de género, edad, etnia, clase, orientación sexual, entre otros, y que aumentan los grados de auto-determinación de las personas (Matamala *et al.*, 1995).

En consonancia con lo señalado anteriormente, la calidad de atención –desde una perspectiva de género- involucra una visión integral de la salud reproductiva, definida dentro del marco ético de los derechos humanos y, específicamente, de los derechos reproductivos (Matamala *et al.*, 1995).

Identificadas aquellas características que constituyen la calidad de atención, sugerimos abordar la relación susceptible de ser trazada entre esta última y la salud reproductiva y sexual. En estos términos, según lo convenido en la Plataforma de Beijing, los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir, con libertad y responsabilidad, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, y a acceder a la información, educación sexual y los medios necesarios para ello. Además, comprende la posibilidad de tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia. Se incluye el derecho tanto del hombre como de la mujer a adquirir información y métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la regulación de la fecundidad, y el derecho a recibir un servicio adecuado de atención que garantice embarazos y partos sin riesgos (INSGENAR-CLADEM, 2008).

Finalmente, hacemos mención a los intereses y demandas de los/as jóvenes, a los efectos de trascender y tomar distancia de la perspectiva biomédica, para –de ese modo- garantizar un mejoramiento de la calidad de atención de la población adolescente. Esto implica considerar sus necesidades, explorando –en forma conjunta- los sentimientos, dudas y temores que albergan, relacionados a su salud, su sexualidad y su vida cotidiana (Alva y Vargas, 2001).

En consonancia con lo dicho hasta aquí, el presente trabajo se propone ahondar en los principales aspectos conceptuales referidos a la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, desde un enfoque de género y derechos, considerando tanto la propia perspectiva de los/as usuarios/as, así como –también- la de los/as prestadores/as de servicios de salud. Asimismo, se buscará identificar dimensiones sustantivas, variables e indicadores susceptibles de ser integrados en la construcción de herramientas metodológicas y de hacer inteligible la ya referida calidad de atención en salud.

Calidad de atención. Servicios de salud sexual y reproductiva, desde un enfoque de género y derechos. Población adolescente

Retomando la definición concerniente a la calidad de atención que fuera propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mencionada calidad de atención en salud consiste en el desempeño adecuado de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición (Alva y Vargas, 2001).

En este sentido, la buena calidad es, pues, aquella que proporciona el máximo bienestar a quien demanda atención, entendiendo que el mismo es resultado y requisito de una atención de calidad, la cual estará referida al conjunto de aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales del bienestar. En el caso de que se resolvieran dichos aspectos en las circunstancias concretas de cada demanda, podrá decirse que la calidad de atención es buena (Matamala *et al.*, 1995).

Ahora bien, por la importancia que reviste la salud sexual y reproductiva para la dignidad humana, como parte intrínseca de la salud integral, una atención de

buena calidad en salud no puede dejar de contemplar la singularidad de aquella dimensión, aspecto esencial de un estado de pleno bienestar físico, mental y social. Siguiendo la definición adoptada en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, se concibe a la salud sexual y reproductiva como un estado general de armonía y bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y las relaciones interpersonales, en un contexto de equidad e igualdad de responsabilidades entre mujeres y hombres (OPS, 1996).

En estos términos, se identifican cinco componentes de la evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género: 1) accesibilidad y disponibilidad –posibilidad del/a usuario/a de acceder a un servicio oportuno, que dé respuesta a sus necesidades de salud sexual y reproductiva-; 2) aceptabilidad –representación social de los/as usuarios/as sobre los servicios, basada en las percepciones y experiencias previas-; 3) información y medios para la toma de decisiones – reconocimiento del derecho de los/as usuarios/as a ser informados/as sobre procedimientos, diagnóstico y medios para la recuperación o prevención de la salud-; y 4) relaciones interpersonales –se refiere a la interacción entre el prestatario y la usuaria, la que será positiva en tanto se base en una relación de igualdad, respetuosa y personalizada, reconociendo a la mujer como sujeto de derechos-; (Alva y Vargas, 2001).

De lo dicho hasta aquí se sigue que los derechos contenidos en materia de salud sexual y reproductiva son: 1) derecho a la intimidad –es el derecho a mantener los sentimientos, comportamientos, datos personales, salud, comunicaciones en el ámbito privado, libres de intromisiones no consentidas; se considera tanto un límite a la injerencia externa, como una libertad que permite tomar decisiones que conciernen a la vida privada-; 2) derecho a la información y a la toma de decisiones –implica el derecho a recibir, por parte de los/as prestadores/as de la salud, información veraz y completa sobre el estado de salud de la persona que consulta y de las prácticas propuestas para solucionar sus problemas; supone el respeto por la decisión del/a usuario/a, libre de presiones, de actitudes paternalistas y de juicios valorativos basados en las creencias del profesional que presta el servicio-; 3) derecho a no sufrir discriminación –se entiende por discriminación la distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos; mientras que, por el contrario, resulta indispensable propiciar una base de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera política, económica, social, cultural, y civil o en cualquier otra esfera-; y 4) derecho a la integridad personal y a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes –ejemplos de ello son la insensibilidad frente al dolor, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y la agresión física- (INSGENAR-CLADEM, 2008).

A los derechos sexuales y reproductivos enumerados anteriormente, se suman aquellos sugeridos por el Fondo de Población de Naciones Unidas: derecho de hombres y mujeres a participar en la crianza de los hijos con iguales responsabilidades; a la vida; a la libertad y seguridad; a la información y educación sexual; a la atención y protección de la salud; a una sexualidad placentera y saludable; a la vida privada y a la vida en familia; y a la no discriminación por motivo de sexo, edad y orientación sexual (INSGENAR-CLADEM, 2008).

Para poder hacer efectivos los referidos derechos sexuales y reproductivos, se impone la necesidad de asegurar las condiciones sociales fundamentales que los permitan. Estas condiciones incluyen el bienestar social, la libertad política y la seguridad personal; condiciones que obedecen a factores culturales, sociales, materiales y estructurales, tales como el acceso a la educación, el trabajo remunerado, la accesibilidad a los centros de salud y servicios de salud de calidad, entre otros. La existencia de estas condiciones supone el accionar del Estado y de sus instituciones, principalmente las relacionadas con la salud, la educación y el bienestar social, para implementar y asegurar estos derechos (Checa, 2006).

Tratándose de salud sexual y reproductiva, los derechos especificados *ut supra* les competen también a los/as adolescentes, quienes deben contar con asesoramiento confidencial, amigable y oportuno. En este punto, corresponde enfatizar que la población adolescente es delimitada como grupo etario en función de un lento proceso histórico –inscripto en los procesos de formación de la familia occidental y sus funciones, en el marco de aquellas transformaciones más abarcativas que dieron lugar al surgimiento de la sociedad industrial- (Fernández, 1993). En efecto, la adolescencia es una categoría socio-histórica, en cuya construcción interviene un conjunto de indicadores sociodemográficos, físicos y psicológicos (Checa, 2003).

Tomando en consideración que la adolescencia es una etapa caracterizada, pues, por complejos y multifacéticos aspectos, cabe subrayar que la sexualidad constituye uno de los principales ejes conformadores de la identidad adolescente (Checa, 2003). Dicha sexualidad es puesta de manifiesto a través de sus formas sociales y su organización social. Sin negar la biología –dado que la fisiología y morfología del cuerpo proporcionan las condiciones previas para la sexualidad humana-, es preferible ver en ella una serie de potenciales que se transforman y adquieren significado sólo en las relaciones sociales. En tanto construcción social, la sexualidad es un asunto que comprende las múltiples e intrincadas formas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configurados por la sociedad en que vivimos. Desde luego, la historia de la sexualidad suele ser una historia de nuestras preocupaciones, siempre cambiantes, acerca de cómo deberíamos vivir, disfrutar o negar nuestro cuerpo (Weeks, 1998).

Como puede apreciarse, la sexualidad es algo que la sociedad produce de manera compleja; es decir, un resultado de distintas prácticas sociales que otorgan significado a las actividades humanas, de definiciones sociales y auto-definiciones, de luchas entre quienes tienen el poder para definir contra quienes se resisten (Weeks, 1998). Así, “*la sexualidad no es un hecho dado, es un producto de negociación, lucha y acción humanas*” (Weeks, 1998: 30), de modo que, para comprender la sexualidad, debemos entender las relaciones en las que suele ocurrir (Weeks, 1998).

En el mundo de la sexualidad, existen muchas estructuras de dominación y subordinación, resultado de los acuerdos y desavenencias hallados en un contexto socio-histórico determinado, pero hoy en día parece especialmente importante destacar el género como eje fundamental (Weeks, 1998). En este sentido, el cuestionamiento a la fórmula *biología es destino* –a partir de la entrada del concepto de género al dominio feminista- formó parte importante de un modelo teórico de explicación de las diferencias entre varones y mujeres a partir de los años '60 (Fernández, 2003).

En esta línea de pensamiento, el término bajo análisis describe el conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuye características “femeninas” y “masculinas” a cada sexo, a sus actividades y conductas, y a las esferas de la vida. Esta simbolización cultural de la diferencia sexual se imprime en prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que proporcionan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. De manera tal que, mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que es propio de cada sexo, generando una simbolización de todos los aspectos de la vida (Lamas, 2002). Sin embargo, resulta necesario hacer aquí una advertencia de importancia clave: los resultados de las investigaciones llevadas a cabo por Butler nos enseñan que el sexo es un producto cultural en la misma medida en que lo es el género, esto es, el sexo siempre es un sexo generizado; la diferencia identificada entre uno y otro no resulta ser una distinción en absoluto, ya que no tiene sentido definir al género como interpretación cultural del sexo si el sexo mismo es una categoría generizada (Fernández, 2003).

Con ello, queda comprobado que el concepto de género involucra definiciones que abarcan tanto la esfera individual –incluyendo la subjetividad, la construcción del sujeto y el significado que una cultura le otorga al cuerpo femenino o masculino-, como la esfera social –que influye en la división del trabajo, la distribución de los recursos y la definición de jerarquías entre unos y otras- (Faur, 2003). En estas consideraciones se fundamenta el hecho de que el imaginario social, resultante de un complejo proceso producido a partir del género, conlleve una contundente eficacia simbólica. De forma tal que, al dar lugar a concepciones sociales y culturales acerca de la masculinidad y feminidad, dicha categoría es utilizada con el propósito de justificar la discriminación por sexo y por prácticas sexuales (Lamas, 2002).

Lo dicho pone de manifiesto que el término examinado alude a la construcción social y cultural que se organiza a partir de la diferencia sexual. Ello, ya que si bien el cuerpo es la primera evidencia incontrovertible de la diferencia humana, este hecho biológico es materia básica de la cultura; lo que está en juego en la diferencia, más que la diferencia en sí, es cómo interpretamos esa diferencia. La diferencia sexual nos estructura psíquicamente, y la simbolización cultural de la misma diferencia –el género- no sólo marca los sexos, sino también la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano (Lamas, 2002). El mundo social construye el cuerpo como realidad sexuada y como depositario de principios de visión y de división sexuales. El programa social de percepción incorporado se aplica a todas las cosas del mundo y, en primer lugar, al cuerpo en sí, en su realidad biológica: es el que construye la diferencia entre los sexos biológicos de acuerdo con los principios de una visión del mundo arraigada en la relación arbitraria de dominación de los hombres sobre las mujeres, inscrita –a su vez- en la realidad del orden social (Bourdieu, 2007). *“La diferencia biológica entre los sexos, es decir, entre los cuerpos masculino y femenino, y muy especialmente, la diferencia anatómica entre los órganos sexuales, puede aparecer de ese modo como la justificación natural de la diferencia socialmente establecida entre los sexos, y en especial de la división sexual del trabajo”* (Bourdieu, 2007: 24). El principio de división social elabora la diferencia anatómica, y esta diferencia social construida se convierte en el fundamento y garante de la apariencia natural de la visión social que la apoya (Bourdieu, 2007).

Ello demuestra que son las diferencias visibles entre el cuerpo femenino y el cuerpo masculino las que, al ser percibidas y construidas de acuerdo con los esquemas prácticos de la visión de la cultura masculinista, se convierten en el garante más indiscutible de significaciones y de valores que concuerdan con los principios de esta visión del mundo (Bourdieu, 2007).

Esto último se explica por el hecho de que la materialidad del cuerpo –concebido como el lugar de una historia incorporada, de la actividad ritual sedimentada- no puede concebirse independientemente de la materialidad de dichas normas reguladoras (Butler, 2004). En otras palabras, la cultura imprime sus huellas en los cuerpos de varones y mujeres en un continuo ida y vuelta (Faur, 2003).

Retomando la idea concerniente a una sociabilidad original de la vida corporal por la que existimos, en virtud de seres corporales, fuera de nosotros y para otros, es posible afirmar que, como modo de relación, ni el género ni la sexualidad son algo que poseemos, sino un modo de ser para Otro (Butler, 2006). Este punto de vista relacional será examinado prestando especial atención a la constitución de la materialidad de los cuerpos en función de la población adolescente.

En efecto, la sexualidad adolescente está influenciada tanto por los cambios corporales propios de esta etapa, como por los mandatos sociales y culturales que inciden en la construcción de la identidad de varones y mujeres. Ello, ya que, durante este período de la vida, el cuerpo –concebido como espacio simbólico- ocupa un lugar de vital importancia debido al conjunto de cambios físicos que acontecen a lo largo de todo el proceso de crecimiento y que tienen su correlato en la subjetividad de los/as jóvenes. En esta etapa es cuando la sexualidad –acompañada por las especificidades que ya fueran referidas anteriormente- encuentra su soporte en el imaginario social y cultural que sustenta la ya mencionada visión por la que la diferencia biológica justifica la diferencia observada en los comportamientos y expectativas atribuidos a cada sexo (Checa, 2003). Aquí, se debe recordar que, al ingresar a la adolescencia, se han atravesado las etapas constitutivas de la socialización primaria; motivo por el cual los/as jóvenes ya han recogido un arsenal de ideas sobre lo que pueden y deben hacer los varones o las mujeres, procedentes de sus padres, madres, docentes y otras personas próximas a ellos. Es así como aquello que se perfilaba en la infancia en un plano simbólico, se inscribe en la materialidad del cuerpo adolescente y, a partir de allí, crea una nueva cadena de simbolizaciones acerca de la diferencia de género (Faur, 2003). Al decir de Bourdieu, encontrándose incorporada en los cuerpos y en los hábitos que funcionan como sistemas de percepción, de pensamiento y acción, la división sexual se halla, así, naturalizada (Bourdieu, 2007).

Sin embargo, en esta instancia, se plantea la necesidad de abordar la sexualidad adolescente no sólo en su restringida expresión biológica, sino en tanto construcción social y colectiva, regida por pautas históricas y culturales, propias de cada contexto social. En estos términos, ha sido significativa la incorporación de la categoría género como variable explicativa, que implica tomar en consideración aquellos aspectos socioculturales que delimitan la construcción de la masculinidad y feminidad, que elaboran un conjunto de expectativas acordes al género, que actúan –en esta etapa del ciclo vital- como uno de los ejes conformadores de la identidad (Checa, 2003).

Por último, resulta necesario subrayar la capital importancia que conlleva abordar la salud sexual y reproductiva como una problemática prioritaria al hacer referencia al estudio de la población adolescente. De acuerdo a las

recomendaciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), se destaca la relevancia de que los países aseguren que los programas y actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los/as adolescentes a los servicios apropiados y a la información que soliciten, incluyendo aquella referida a Enfermedades de Transmisión Sexual y al abuso sexual. Asimismo, los servicios deben salvaguardar los derechos de los/as adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, respetando sus valores culturales y creencias religiosas (Alva y Vargas, 2001).

Con ello, queda comprobado que abordar la problemática adolescente supone el involucramiento de múltiples disciplinas y privilegia, pues, un enfoque integral – que admita la inclusión de la perspectiva de género-; constituyendo, a su vez, un asunto que debe ser encarnado por las políticas públicas en un marco de respeto y promoción de los derechos de los/as jóvenes (Checa, 2003).

Dimensiones sustantivas, variables e indicadores

Entendemos que las dimensiones que no pueden dejar de ser observadas con miras a ahondar en aquellos elementos que permitan dar cuenta del propio enfoque de los/as usuarios/as –en este caso particular, la población adolescente-, en los servicios de salud sexual y reproductiva son las siguientes:

- Historial del usuario/a: Involucra el contexto social, familiar e individual del adolescente.
- Educación en derechos: Hace referencia a la presencia o ausencia de conocimiento –por parte del usuario/a- sobre protocolos de atención, derechos individuales de los cuales es titular, y el acceso a información acerca de políticas o programas que aseguren el cumplimiento de sus derechos y garantías.
- Educación en salud sexual y reproductiva: Esta dimensión se propone apreciar la existencia o no de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, así como –también-, en el supuesto de que se disponga de información previa, indagar dónde fue ésta obtenida –en la escuela, en talleres, grupos de pares, entre otros- y si la misma se inscribe en la inclusión de una perspectiva de género y derechos.
- Representaciones y prácticas: Supone poner de manifiesto las representaciones elaboradas por los/as adolescentes sobre aquellas características distintivas de la salud sexual y reproductiva, destacando la influencia que ejercen en su construcción factores tales como las creencias religiosas.
- Accesibilidad al servicio de salud: Esta instancia envuelve la frecuencia con la cual el/la adolescente solicita ser atendido/a, su proximidad a la institución – en términos geográficos-, la estrecha o, por el contrario, amplia extensión horaria en la que los turnos de consulta son distribuidos, el tiempo de espera transcurrido cuando debe ser atendido/a, la disponibilidad de acceso a información.
- Trato recibido por los/as usuarios/as por parte del personal perteneciente a la institución –incluyendo tanto aquellas personas que desempeñan tareas administrativas, como el cuerpo médico-: Comprende la presencia o ausencia de actos discriminatorios, sancionadores e inhibitorios, y el sufrimiento de

violencia física, verbal o simbólica –subrayando la existencia de un trato diferencial según identidades sexuales diversas-.

- Relaciones interpersonales: Involucra el grado de interés demostrado por el profesional en salud en torno al motivo de la consulta. Al mismo tiempo, supone identificar el tipo de relación establecida y si –en dicho escenario- el/la adolescente se sintió cómodo/a, de manera tal de exponer sus inquietudes y preocupaciones.

Por otra parte, identificamos las dimensiones que no pueden dejar de ser apreciadas de modo de introducir aquellos componentes característicos de la perspectiva de los/as prestadores/as de servicios de salud sexual y reproductiva, a saber:

- Formación del profesional: Contempla la formación del profesional en salud –acentuando el lugar donde cursara la carrera universitaria, determinadas especializaciones y ciertos cursos-, su edad, su trayectoria profesional, su continua y perpetua participación en capacitaciones, tipo de práctica hospitalaria que desarrollara –esto es, privada, pública o ambas-, el modo en que percibe el desempeño de su propio rol y sus responsabilidades, la caracterización que efectuara respecto a la población adolescente –enfaticando los motivos de consulta que concibe como aquellos solicitados más recurrentemente-, las representaciones que construye en torno a los/as adolescentes y la forma en que las mismas influyen en su accionar en el escenario de la consulta.
- Relaciones interpersonales: Se propone detectar si el tipo de relación establecida es asimétrica o si, en cambio, se promueve un trato igualitario, en un marco de respeto por los valores y creencias del Otro –recalcando si el/la usuario/a dispone de la oportunidad de participar activamente en el curso de la consulta, o si quienes intervienen son solamente sus padres y el profesional en salud-.
- Características de la calidad de atención en salud: Incluye la identificación de la existencia o no de protocolos de atención, y su grado de cumplimiento. Al mismo tiempo, supone el conocimiento o no de la legislación vigente en materia de derechos de los/as adolescentes aplicados a la salud, y el acatamiento o no de dichos lineamientos.

Finalmente, y para concluir este análisis, afirmamos que, a partir de las dimensiones enumeradas, resulta posible diseñar y construir aquellos instrumentos dirigidos a la recolección de datos referidos a la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, como parte esencial de una dinámica de investigación científica y evaluativa sobre la mencionada problemática.

Reflexiones finales

La intención del presente trabajo ha sido ahondar en los principales aspectos conceptuales referidos a la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, desde un enfoque de género y derechos, considerando tanto la propia perspectiva de los/as usuarios/as, así como –también- la de los/as prestadores/as de servicios de salud. Igualmente, se ha propuesto identificar dimensiones sustantivas, variables e indicadores susceptibles de ser integrados en la construcción de herramientas metodológicas y de hacer inteligible la ya referida calidad de atención en salud.

En este punto, se ha definido a la adolescencia como una etapa del ciclo vital caracterizada por complejos y multifacéticos aspectos, fuertemente influenciada por los mandatos sociales y culturales que inciden en la construcción de la identidad de varones y mujeres, según la correspondencia de edad y género (Checa, 2003), entendido –dicho término- como un conjunto de ideas y representaciones que imputan características “femeninas” y “masculinas” en torno a la diferencia sexual anatómica (Lamas, 2002). Así, se ha detectado que la sexualidad constituye uno de los principales ejes conformadores de la identidad adolescente (Checa, 2003).

Con ello, se ha comprobado que la referida sexualidad es puesta de manifiesto a través de sus formas sociales y su organización social. Sin negar la biología, se ha advertido que coexisten en ella una serie de potenciales que adquieren significado en las relaciones sociales. Entonces, en tanto construcción social, la sexualidad es un asunto que comprende las múltiples e intrincadas formas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configurados por la sociedad en que vivimos (Weeks, 1998). Es por ello que, en la actualidad, no es posible abordar dicha problemática sin hacer referencia a la cuestión del género y de la diferencia sexual, en relación a la constitución de la identidad (Lamas, 2002).

De tal modo, al haberse examinado la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, se ha hecho inteligible, pues, la persistencia de ciertas dificultades, a saber: 1) los prejuicios, concepciones, creencias y representaciones de los/as profesionales en el área de salud en torno a la problemática de salud sexual y reproductiva, que construyen en relación a los/as adolescentes, y la forma en que las mismas influyen en su accionar en el escenario de la consulta; 2) la hegemonía de la figura del médico como aquella autoridad que tiene poder de decisión, dando lugar a una relación médico-paciente compuesta por signos de asimetría y esquemas de relaciones jerárquicas; 3) la ausencia de protocolos de atención orientados a los/as adolescentes, sumándose a ello la apreciación de las diferentes posiciones que los/as profesionales de la salud exhiben sobre la necesidad y el alcance de los mismos; 4) la existencia de requisitos burocráticos y administrativos, los cuales no facilitan la concurrencia de los/as jóvenes a los servicios de salud; 5) el incumplimiento y la falta de promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los que los/as adolescentes son titulares; 6) la vigente discriminación de género; 7) la ausencia de iniciativas para avanzar en la elaboración de una consejería –conceptualizada por Alva y Vargas como un espacio de interacción que se ofrece entre el personal de salud y el/la joven que la demanda, y que puede potenciar el fortalecimiento de la autoestima de quien asiste, su asertividad y el ejercicio de sus derechos, permitiendo que los interesados puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y su cuerpo-; entre otras.

En este sentido, para acceder a servicios de salud de calidad, no sólo debe contarse con los recursos necesarios, sino que también debe garantizarse un trato digno. Este último se expresa de diversas maneras, especialmente cuando el/la prestador/a no juzga ni antepone sus criterios personales, buscando aprobar o no determinado comportamiento, lo cual podría conducir a una vulneración de derechos. De allí que sea necesario instalar la dimensión del placer en las representaciones de la sexualidad que atraviesan tanto a quienes asisten a los efectores de salud, como a los/as prestadores/as. El disfrute de la sexualidad, el cuidado de la salud y el derecho de poder decidir, son concepciones que deben profundizarse en espacios colectivos que incluyan a los equipos de salud y a la

población usuaria, ya que constituyen pilares fundamentales para la construcción de un vínculo horizontal entre la población y los servicios (INSGENAR-UNFPA, 2010).

No obstante, la figura del adolescente con autonomía, que se reconoce como sujeto con derecho a la información referida al acceso a la prevención, no suele formar parte del imaginario colectivo. Al no hallarse internalizada aquella representación del adolescente que sabe y quiere cuidarse, cuando efectivamente consulta, no siempre es valorizada esa presencia. Es en este contexto donde es posible apreciar que los/as adolescentes encuentran difícil aceptar que han atravesado situaciones de vulneración de derechos; en otras palabras, esas situaciones en donde se los ha privado de la posibilidad de elegir, de la intimidad, del respeto, del acceso a la información, no siempre son identificadas como causal de vulneración de derechos. De modo tal que la naturalización de los malos tratos recibidos es un problema que se observa cotidianamente (INSGENAR-UNFPA, 2010).

Tomando en consideración que garantizar el derecho a la información, junto con el derecho a la toma de decisiones, es una tarea compleja, no siempre respetada por parte del personal de salud –especialmente al tratarse de mujeres y, más aún, jóvenes-, trabajar en la construcción de un espacio donde los efectores y los/as usuarios/as puedan interactuar de modo de generar un fortalecimiento de la autoestima y un mayor empoderamiento del asistido, es considerado de capital importancia. Ello hace referencia a la acción de consejería, cuya eficacia radica en la transferencia de información que propicie la toma de decisiones responsables por parte de los/as adolescentes. El objetivo a perseguir en este ámbito será la resolución de todas las dudas que preocuparan al demandante y la convicción de que podrá regresar cuando lo crea necesario, sabiendo que será escuchado/a (Alva y Vargas, 2001).

En consonancia con lo señalado hasta aquí, no sólo resulta imprescindible que los/as profesionales de salud asistan a una revisión crítica de sus propias concepciones –las cuales, eventualmente, pueden repercutir en la interacción entablada con los/as adolescentes-, sino que, además, es necesario fortalecer la autonomía y construcción de una voz propia de los/as jóvenes –situación que les permitiría movilizar recursos y exigir su derecho a una protección integral de la salud sexual y reproductiva y, por consiguiente, elaborar un presente y un futuro que no se encuentre confinado por la capacidad reproductiva escrita en sus cuerpos- (Faur, 2003).

Es, en este contexto, que nos tomamos el atrevimiento de concluir este análisis formulando los siguientes interrogantes, planteados a partir de la reflexión que motivó el presente trabajo: ¿Es posible modificar los pre-conceptos sostenidos por los/as prestadores/as de salud en la problemática referida a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, si la naturalización de los mismos es reproducida constantemente a través de las prácticas cotidianas? ¿Cómo efectuar un cambio si, en la sociedad, continúan existiendo sectores reticentes a debatir tópicos vinculados a la salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes? Creemos que la respuesta a estas preguntas contribuirá a progresar en la construcción de conocimiento acerca de los procesos involucrados en la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, desde un enfoque de género y derechos, y convocará a nuevas exploraciones en dicho terreno.

Referencias bibliográficas

- Alva, Javier y Vargas, Lita (2001). *Piensa en ellos: Iniciativas para desarrollar servicios de calidad en la atención de los/las jóvenes*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Bourdieu, Pierre (2007). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Butler, Judith (2004). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis.
- ----- (2006). *Vida precaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Checa, Susana (Compiladora) (2003). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- ----- (2006). Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. *Revista de la Universidad de Buenos Aires*, Vol. 39.
- Faur, Eleonor (2003). ¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia. En Checa, Susana (Compiladora) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, Ana (1993). *La invención de la niña*. Buenos Aires: UNICEF.
- Fernández, Josefina (2003). Los cuerpos del feminismo. En Maffía, Diana (Compiladora) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria Editora.
- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR-CLADEM) (2008). *Con todo al Aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre Atención en Salud Reproductiva en Hospitales Públicos*. Rosario: Acquatint.
- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR-UNFPA) (2010). *¿Todo Bien? Adolescencia y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. Rosario: Acquatint.
- Lamas, Marta (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus-Pensamiento.
- Matamala, María Isabel et al. (1995). *Calidad de la atención. Género. ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Chile: COMUSAMS.
- OPS (1996). *Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género*. Washington, D.C.
- Weeks, Jeffrey (1998). *La invención de la sexualidad*. México: Paidós.