

La situación de las adolescentes:

Tendencias, brechas y retos para los programas y servicios de salud

Dra Mónica Gogna

(CONICET-IIIEGE)

Ponencia a ser presentada en las XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario

en Salud y Población. Salud, sexualidad y derechos:

cruces entre investigación, políticas y prácticas

Buenos Aires, 3 al 5 de Agosto de 2016

RESUMEN:

El objetivo es analizar algunos indicadores clave de la situación de la salud reproductiva y los derechos de las adolescentes a lo largo de un período en el cual se produjeron importantes cambios legislativos y programáticos en esas áreas (2003-2015). Para ello se realizó una revisión bibliográfica, se analizaron datos secundarios y se incorporó información cuanti-cualitativa de estudios propios. El diagnóstico, sobre el cual se sustentan las recomendaciones arroja un panorama mixto. Por una parte, se advierten algunos avances: incremento del uso de métodos anticonceptivos en la iniciación sexual, disminución de la repetición del embarazo en la adolescencia y aumento de la proporción de adolescentes con un número adecuado de controles de embarazo. Por otra, se observa un leve incremento de la tasa de fecundidad de las adolescentes de 15-19 años y la persistencia de los niveles de fecundidad adolescente precoz (10-14 años) Asimismo, la mayor parte de los embarazos son reportados como no buscados (esto se mantiene entre generaciones y órdenes de nacimiento) y un tercio de ellos ocurren utilizando un método anticonceptivo. El diagnóstico también pone de manifiesto oportunidades perdidas para la consejería y entrega de anticonceptivos a adolescentes e indica que los métodos de mediano y largo plazo son los grandes ausentes de la oferta anticonceptiva tanto antes como después del embarazo, incluso entre las multigestas. Finalmente, el aborto continúa siendo un nudo crítico, no solo por la cantidad de egresos por complicaciones de esta práctica (un promedio de 25 por día) sino porque una gran mayoría de los profesionales de salud no realiza consejería anticonceptiva pos aborto y desconoce la estrategia de reducción de riesgos y daños o la considera ilegal.

Introducción

Sin desconocer que la legalización del aborto constituye una deuda pendiente de la democracia, puede afirmarse que Argentina posee un sólido marco normativo en lo que a derechos sexuales y reproductivos se refiere¹. Cuenta también con programas que en la última década han elaborado lineamientos, han capacitado a su recurso humano y provisto insumos.

Así, por ejemplo, entre 2012 y 2015 el Programa ESI desarrolló lineamientos curriculares con contenidos novedosos, elaboró documentos y materiales y capacitó cerca de 100.000 docentes en todo el país (Faur, Gogna y Binstock, 2015).

El Programa de Salud Integral en la Adolescencia (en adelante, PNSIA), creado en 2007, elaboró lineamientos de atención y directivas para la atención² que responden al objetivo de promover y difundir el derecho de la población adolescente a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto a la confidencialidad, con énfasis en el derecho a acceder a información sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo la orientación y provisión de métodos anticonceptivos y la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/sida (Zamberlin et al, 2014). También creó espacios de atención de salud a adolescentes (setenta en doce provincias y cuatro regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires), desarrolló cursos de capacitación en diferentes provincias (entre ellos, 'Derechos Sexuales y Reproductivos' para equipos de salud, gerentes y decisores políticos y 'Anticoncepción para pediatras') y organizó encuentros que, bajo el lema 'Nada sobre nosotr@s, sin nosotr@s', convocaron a unos nueve mil adolescentes (UNFPA, 2016).

Otras medidas que constituyeron avances en el acceso a los métodos anticonceptivos fueron la legalización de la contracepción quirúrgica (2006) y la incorporación en 2007 de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia al Programa Médico Obligatorio. En 2014 el Programa de Salud Reproductiva amplió la canasta de

¹ Ley Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable N° 25.673 (2003); Ley 26.150 (2006) de Educación Sexual Integral, Ley N° 26.485 (2010) de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales; la Ley N° 26.618 (2010) de Matrimonio Igualitario; la Ley N° 26.743 (2012) de Identidad de Género.

² "Lineamientos para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad" (con UNICEF y SAP). "Lineamientos para la atención del Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes", "Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en adolescentes (con Dirección de Salud Mental y Adicciones). "Recomendaciones para la atención clínica de adolescentes" y "Lineamientos de Trabajo sobre Estrategias de Prevención y Promoción de la Salud destinada a Equipos de salud que trabajan con adolescentes".

métodos anticonceptivos incorporando una mayor variedad de anticonceptivos orales y métodos de larga duración. Entre ellos el implante sub-dérmico, que en una primera etapa fue destinado a adolescentes de 15 a 19 años con antecedentes obstétricos (parto o aborto).

En relación con el aborto, se produjeron lineamientos para la atención y se capacitó a profesionales de salud. En 2005 el Ministerio de Salud de la Nación elaboró una Guía para el mejoramiento de la calidad de la atención posaborto, que fue actualizada en 2007, 2009 y 2014 con el nombre de Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. En 2007, se confeccionó una Guía para la atención integral de los abortos no punibles. Actualizada en 2015, la Guía para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo reglamenta el acceso a los abortos legales en consonancia con el fallo F.A.L. y los tratados de derechos humanos con rango constitucional.

A pesar de que el marco jurídico y las directivas son claras, la implementación de estas políticas y programas enfrenta obstáculos de diverso tipo (político-ideológicos, presupuestarios, culturales, etc.) que dificultan el acceso y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.

En lo que respecta a la educación sexual integral, ya en 2013 el llamado “informe EPU”³ señalaba como preocupante que el enfoque de algunos materiales creados a nivel local (por ejemplo, cartillas de Salta y Mendoza) fuera más restrictivo que el de los materiales nacionales o que hubieran sido desarrollados en conjunto con organizaciones conservadoras e incluyeran contenidos inexactos o incorrectos. La sub ejecución presupuestaria en la Ciudad de Buenos Aires fue otra preocupación recogida por las ONG. Otros desafíos identificados fueron: el afianzamiento del enfoque de derechos y la perspectiva de género, la inseguridad o falta de compromiso con el tema de docentes y directivos, el temor a la reacción de las familias y las dificultades institucionales de implementación. Actualmente, el panorama es aún más complicado ya que organizaciones de mujeres, gremiales, universitarias y espacios académicos y políticos de todo el país han expresado su preocupación por el creciente recorte de personal y acciones del programa que depende del Ministerio de Educación Nacional.

³ El examen periódico universal (EPU) es un mecanismo del Consejo de Derechos Humanos de la ONU mediante el cual éste vigila regularmente el cumplimiento de las obligaciones y compromisos en materia de derechos humanos de cada uno de los 192 Estados miembros (ADC y otros, 2012)

En cuanto a la provisión de anticoncepción, en muchas ocasiones los prejuicios, mitos, temores y concepciones infundadas del personal de salud actúan como barreras al acceso de las y los adolescentes a los métodos. En algunos casos los profesionales desconocen el marco legal y en otros casos no aplican las disposiciones por temor a un conflicto legal con los padres o adultos encargados del adolescente. Muchas veces se exige la compañía o autorización de adultos para recibir atención o entrega de métodos anticonceptivos y esto es más frecuente cuanto menor es la edad del adolescente (UNFPA, 2016).

Con respecto al acceso al aborto no punible, sólo ocho jurisdicciones a nivel nacional poseen protocolos que se corresponden con lo establecido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación. El resto no dispone de protocolos o regulan los permisos incorporando requisitos no contemplados en el fallo de la Corte que obstaculizan el acceso (ADC, 2015).

Si a estos tradicionales obstáculos y resistencias se añaden la incertidumbre respecto de la continuidad y orientación de programas y políticas que son clave en términos de la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos (Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, PNSIA, ESI) y el aumento de la pobreza – de fuerte influencia sobre los indicadores de salud reproductiva (Langer y Nigenda, 2000)- el panorama resulta poco alentador.

Esta ponencia pretende contribuir a la defensa de estas políticas señalando, en base a un balance de situación que describe tendencias y brechas, los principales desafíos que el país tiene por delante en esta materia.

El uso de métodos anticonceptivos

La iniciación sexual

Uno de los aspectos más relevantes desde el punto de vista de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, tanto cuando se examina el debut sexual como las relaciones posteriores, es el cuidado anticonceptivo para la prevención de embarazos no deseados y la prevención de infecciones sexualmente transmisible (ITS).

El uso en la iniciación es un predictor de uso futuro y resulta relevante pues, datos de diversos países de la región indican que "las muchachas que iniciaron su vida sexual sin usar anticonceptivo tienen tres veces más chances de ser madres adolescentes que las que lo hicieron con protección" (Rodríguez Vignoli, 2011).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (en adelante, ENSSyR) relevada por el INDEC en 2013⁴: el 90,4 % de las adolescentes (quienes en promedio se iniciaron a los 15,5 años) y el 87,1% de los adolescentes varones (edad promedio al inicio de 14.9 años) utilizaron un anticonceptivo en su debut sexual (fundamentalmente el preservativo). Visto en perspectiva histórica, el uso de anticoncepción y particularmente de preservativo en la iniciación sexual ha crecido sostenidamente tanto entre varones como entre mujeres (Binstock y Pantelides, 2015). En términos de brechas, estudios con muestras no probabilísticas señalan que, como indica la literatura (Ferreira Borges Teixeira et al, 2006; CEPEP, 2005), la proporción de uso de preservativo en la iniciación sexual es mayor conforme aumenta la edad y el nivel socioeconómico. Más aún, el análisis multivariado de los datos de una encuesta a púerperas de 15 a 19 años mostró que educación y pobreza tienen efectos independientes sobre la probabilidad de usar un método anticonceptivo en la iniciación sexual (Gogna, Fernández y Zamberlin, 2005).

Entre quienes no usaron un método, el principal motivo argumentado fue la imprevisibilidad de la relación, ocurrida mayoritariamente en relaciones de noviazgo (Binstock y Gogna, 2015; Zamberlin et al, 2014). Esto habla de que las relaciones sexuales son vividas como fruto de la espontaneidad, que funciona como valor central, y que las nociones de género predominantes afectan la posibilidad del cuidado propio y del otro (Heilborn et al, 2002). Otra proporción de adolescentes (alrededor del 20%) suele responder que no utilizó ningún método porque creía que no podía quedar embarazada, lo cual indica que esas creencias deben ser abordadas por la educación sexual integral y la consejería anticonceptiva. Es probable que estas nociones y argumentos adquieran mayor peso entre las adolescentes menores, quienes tienen menor conocimiento acerca de los métodos (Pantelides, Binstock y Mario, 2007; Kornblit, Mendes Diz y Adaszko, 2007) y menor capacidad de ceder a las presiones de sus parejas sexuales (Zamberlin et al, 2014).

Uso reciente de anticonceptivos

Diversos estudios muestran que la alta frecuencia de cuidado anticonceptivo

⁴ Se trata de una encuesta aplicada a mujeres de 14 a 49 años y varones de 14 a 54 años. Es el primer relevamiento nacional sobre cuestiones de salud reproductiva que incluye población de ambos sexos.

durante la iniciación sexual se atenúa significativamente durante las relaciones sexuales posteriores (Kornblit, Mendes Diz y Adaszko, 2007; Ministerio de Salud de la Nación, 2012; Fundación Huésped-UNICEF, 2012).

Con la excepción de la ENSSyR, según la cual el uso en las relaciones posteriores a la iniciación sexual se mantiene en un nivel "muy alto" (Binstock y Pantelides, 2015), la mayoría de las fuentes indican que el uso decae considerablemente conforme pasa el tiempo. La literatura también ha señalado que las medidas contraceptivas y de protección de las ITS varían si los contactos sexuales de los y las adolescentes se dan en el ámbito de relacionamientos amorosos u ocasionales. El uso reciente puede ser alto con parejas ocasionales pero no con parejas estables (Reis Brandao y Heilborn, 2006).

Según una encuesta realizada por Fundación Huésped y UNICEF en 2012 a una muestra de 1000 adolescentes de ambos sexos de 15 a 19 años, el 69% reportó cuidarse *siempre* y un 20% *la mayoría de las veces*; el 11% restante *muy pocas veces o ninguna*. En un estudio en cuatro provincias, el 57% de las encuestadas de 18-19 años reportó haberse cuidarse *siempre* en las relaciones posteriores a la iniciación sexual; 16% hacerlo *la mayoría de las veces*; 15% *a veces sí y a veces no* y 12% *muy pocas veces o nunca*. Entre quienes reportaron no usar nunca un método, los principales motivos explicitados fueron estar buscando un embarazo (28%) y la oposición de la pareja (28%). El trabajo cualitativo, por su parte, puso de manifiesto algunas dificultades en el diálogo entre las adolescentes y los profesionales de salud respecto de los métodos, sus efectos y condiciones de uso. Asimismo, existe evidencia de que las adolescentes menores (14-16 años) reportan proporcionalmente más no haber utilizado un método porque no esperaban tener relaciones o porque sus parejas se negaban a usarlo que las mayores (17-20 años) (Zamberlin et al, 2014).

Con respecto al tipo de método, de acuerdo con la ENSSyR, las adolescentes utilizan mayoritariamente hormonales (57,1%), de barrera (41,8%) y DIU (0,8%). Esto supone un leve cambio respecto de la situación que reporta la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS, 2005) según la cual los métodos de barrera superaban a los hormonales (62,8% y 35,8%) y el DIU registraba un 1,1%. El hecho de que solo el 43,3% de las usuarias de 15 a 19 recibiera el método anticonceptivo de manera gratuita puede ser considerado una barrera al acceso no siempre explicitada.

Respecto del uso de los métodos, es importante tener en cuenta que estudios realizados en diferentes momentos (Gogna, Fernández y Zamberlin, 2005; Zamberlin et al, 2014) registran un porcentaje similar de adolescentes (en torno al 33%) que reporta

que estaba usando un método anticonceptivo al momento del embarazo. Preguntadas acerca de qué pensaban había sucedido, más de la mitad de las encuestadas en el estudio pos evento obstétrico (52%) refirió uso irregular, discontinuo o incorrecto del preservativo (sólo en algunas relaciones o no a lo largo de toda la relación sexual) o de los anticonceptivos orales (toma no sistemática, olvidos y discontinuidad, asociada a veces a la percepción de efectos secundarios o al temor de experimentarlos).

Aunque muchas adolescentes llegan al embarazo por fracaso en el uso correcto y sostenido del preservativo y los anticonceptivos orales luego del parto/aborto, se les vuelve a indicar el uso de esos mismos métodos. Diversas investigaciones sostienen que esto refleja actitudes refractarias del sistema de salud a satisfacer las demandas de las usuarias, las que probablemente se anclan en nociones desactualizadas sobre la elegibilidad de ciertos métodos para las adolescentes, en especial las nulíparas (Alonso, 2005; Gogna, 2008; Zamberlin et al, 2014).

Los controles de embarazo

Todos los años más de 100.000 adolescentes (10-19 años) dan a luz en nuestro país⁵. Datos del Sistema Informático Perinatal (2014) y de diversas encuestas indican que la gran mayoría de esos embarazos (alrededor de dos tercios) fueron no buscados o inesperados. Un quinto de los nacimientos son actualmente de orden dos o más.

De acuerdo a la ENSSyR, el 90% de las adolescentes de 14 a 19 realizó 5 o más controles prenatales⁶. El otro relevamiento nacional que puede ser utilizado como parámetro es la ENNyS (2005). De acuerdo con esta fuente, las mujeres de 15 a 19 años tenían el porcentaje más alto de controles insuficientes (18%) (Pantelides, Binstock y Mario 2007). Estos datos hablan de una mejora en el acceso a los controles prenatales por parte de las adolescentes que probablemente deba ser atribuido a la implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la asignación por embarazo (AE)⁷. No

⁵ La tasa de fecundidad 15-19 fue en 2013 de 64,9 por mil, lo que supone un incremento en la última década (57,5 por mil en 2003). Paralelamente, los nacimientos de segundo o mayor orden descendieron del 25 al 20% (y entre las adolescentes de 18 y 19 años, del 35 al 28%).

⁶ Los comportamientos socialmente valorados como el control prenatal tienden a ser sobre-reportados en las encuestas poblacionales. Sería útil poder contrastar estos datos con las que surgen del Sistema Informático Perinatal, pero la manera en que está agregada la información disponible (1 consulta, 2 consultas, 3 a 9, 10 y más) en el Informe del Ministerio de Salud 2016 no permite la comparación.

⁷ El Plan Nacer posibilitó la búsqueda en territorio de las embarazadas que abandonaban controles. La condicionalidad de los controles de la salud (en este caso los cuidados prenatales)

obstante, persisten las brechas ya identificadas hace una década (Gogna, Fernández y Zamberlin, 2005). De acuerdo a la ENSSyR las mujeres que habitan viviendas con pisos de ladrillo suelto o tierra tienen una probabilidad casi cuatro veces mayor que las que habitan viviendas con pisos de buena calidad, de haber tenido un número insuficiente de controles durante el último embarazo (Binstock y Pantelides, 2015).

Con respecto a la calidad de los controles, en 2003-2004 se observó una alta cobertura de las prácticas rutinizadas (control de presión arterial, peso y altura uterina, auscultación del feto, ecografía y vacuna antitetánica) y un déficit de otras prácticas preventivas. Específicamente, sólo un tercio de las adolescentes había recibido información sobre métodos anticonceptivos durante los controles prenatales.⁸ Este dato fue considerado un indicador de oportunidades perdidas para la promoción de conductas preventivas, visto que la gran mayoría de las encuestadas (94,7%) expresó su intención de usar un método anticonceptivo a futuro, principalmente anticonceptivos orales y DIU (Gogna, Fernández y Zamberlin, 2005). Actualmente, la proporción de adolescentes que recibe alguna información sobre anticoncepción en el control prenatal sería mayor (58%) (Zamberlin et al, 2014). De todas maneras, vista la cantidad y la periodicidad de las visitas de control, la atención del embarazo resulta un espacio sub-aprovechado para informar y orientar en la elección anticipada de un método anticonceptivo⁹.

Aborto

La interrupción del embarazo es, al igual que en el caso de las adultas, la segunda causa de muerte de adolescentes gestantes¹⁰. Puede tener también consecuencias sobre la morbilidad y la capacidad reproductiva futura. Datos oficiales indican que el año 2012 se registraron cerca de 8251 egresos hospitalarios por abortos en adolescentes en instituciones públicas de todo el país (un promedio de 25 por día). Esta cifra debe considerarse como un proxy de la ocurrencia del evento ya que la centralización de ese

también habría generado nuevos hábitos en la población objetivo. (Plan Nacer-SUMAR-Ministerio de Salud, 2013).

⁸ La ENNyS no incluyó la anticoncepción entre las prácticas preventivas relevadas (pap, colposcopia, examen mamario y autoexamen mamario) por lo cual no se dispone de este antecedente a nivel nacional.

⁹ Acerca de los buenos resultados que se obtienen cuando la consejería se brinda durante los controles prenatales y la elección del método es previa al parto ver Wilson et al., 2013.

¹⁰ En el año 2013 el 13,4% de las defunciones maternas (33 defunciones) fueron mujeres menores de 20 años. Durante el período 1990-2013 la razón de mortalidad materna en adolescentes mostró leves oscilaciones y se ubica actualmente en 2,8 x 10.000 NV (Ministerio de Salud, 2016)

indicador presenta dificultades y además contabiliza sólo la ocupación de cama y no la atención por guardia (Ministerio de Salud, 2016).

Visto en perspectiva histórica, se registra un aumento del peso de las mujeres adolescentes en la población de mujeres de todas las edades que son hospitalizadas por esta causa. (14,1% en 1995 y 18,4% en 2012). ¿Cómo entender ésta tendencia? ¿Están las mujeres adultas accediendo en mayor medida a la anticoncepción y recurriendo menos al aborto? ¿Tienen las adultas mayor acceso al aborto con medicamentos? Estos son interrogantes que no podemos responder con la información disponible. Pero sí resulta posible analizar en qué medida se están cumpliendo algunas acciones contempladas por el Plan Federal de Salud de 2004 con el propósito de aumentar la proporción de mujeres (adolescentes en este caso) que reciben consejería en salud reproductiva luego de un aborto y reducir el número de hospitalizaciones por esta causa.

Consejería pos aborto

La consejería anticonceptiva posaborto (al igual que la posparto) puede ser para muchas adolescentes la primera oportunidad de tener una discusión cara a cara sobre anticoncepción con personal calificado (Chandra-Mouli et al. 2014). La información de que disponemos acerca de la extensión y características de esta práctica es escasa y proviene de estudios con muestras no representativas de profesionales y usuarias. El estudio sobre embarazo y maternidad en la adolescencia en siete provincias incluyó entrevistas con 31 profesionales que se desempeñaban en servicios públicos de salud en el NOA, NEA, Gran Rosario y Gran Buenos Aires. Los hallazgos indicaron que la internación pos aborto era una oportunidad perdida para la consejería anticonceptiva en la mayoría de las jurisdicciones y que las acciones institucionales para la derivación de las pacientes a planificación familiar luego del alta no estaban definidas (Alonso, 2005). En la misma línea, un estudio realizado en el Instituto de Maternidad de Tucumán con adolescentes menores de 16 años internadas por aborto concluyó que “las oportunidades perdidas de consejería podían contribuir a la posibilidad de embarazos subsiguientes” (Ciavarino et al, 2006). Un estudio reciente que entrevistó adolescentes (14-20 años) en tres provincias mostró que la oferta de información sobre anticoncepción fue dos veces más frecuente entre las adolescentes internadas por parto (62%) que en las internadas por aborto (30%) (Zamberlin et al, 2014)¹¹. La diferencia no puede atribuirse al tiempo de

¹¹ No obstante la diferencia en suministro de información, la proporción que se fue de alta con un

internación ya que cerca del 40 % de las adolescentes hospitalizadas por aborto inseguro estuvieron internadas más de 48 horas y un 25% entre 25 y 48 horas. Es probable que, estas diferencias en el acceso a información estén relacionadas con los prejuicios y discriminación que aún genera la práctica del aborto entre algunos profesionales de salud (de Bruyn, 2003; INSGENAR y CLADEM, 2003; González de León-Aguirre, 2008). La gravedad de la falta de consejería se dimensiona cuando en la primera visita domiciliaria se constata un absoluto desconocimiento acerca del momento en que una mujer puede quedar embarazada luego de un aborto si no usa un método anticonceptivo (60% reportó no saber y el resto tenía información incorrecta). A 7 de cada 10 adolescentes que concurren al control pos aborto (el 70% de las internadas por complicaciones) se le entregó un método (orales en su gran mayoría). Al momento de las visitas domiciliarias 3 de cada 4 estaban usando un método y, al igual que las púerperas, muchas indicaron problemas con el uso de orales y preservativos.

Reducción de riesgos y daños

El estudio de Zamberlin et al (2014) exploró el conocimiento y aceptabilidad de la estrategia de reducción de riesgos y daños¹² en el marco de entrevistas a 32 profesionales de salud en tres localidades del país. Los profesionales que realizan asesorías en RRYD distinguieron dos perfiles de adolescentes que acuden al servicio: aquellas pertenecientes a la "clase media", escolarizadas, con un proyecto de vida vinculado a lo estudiantil o lo laboral y adolescentes de sectores vulnerados, cuyo proyecto de vida no cuenta con la perspectiva y contención de las primeras. Estas últimas, según los testimonios de los profesionales, recurren en menor medida al aborto como opción frente a un embarazo no buscado o inoportuno.

De acuerdo con este estudio, la gran mayoría de los informantes entrevistados desconocen en qué consiste la consejería de RRYD o creen que es una práctica ilegal, de lo cual se desprende que no es habitual en los servicios de salud. Donde se la implementa, no se observan consensos de abordaje institucional de los casos, sino que se trata más bien de esfuerzos aislados. Como consecuencia de esto, muchas

método fue la misma: 4 de cada 10 adolescentes internadas por un evento obstétrico. Fundamentalmente se les proveyeron anticonceptivos orales y preservativos, a pesar de que el 24% había solicitado el DIU y un 16% inyectables.

¹² Esta estrategia "consiste en que el profesional desaliente a la paciente a que incurra en prácticas peligrosas para su salud y que la aconseje para que, si tomó la decisión de terminar su embarazo, lo haga de la manera más segura posible" (Zamberlin, 2013).

adolescentes no reciben consejería y las que acceden son aquellas atendidas por una minoría de profesionales "sensibilizados" o dispuestos a realizar una derivación porque personalmente no adhieren a esta práctica. Un claro indicador de la complejidad de la problemática es que los informantes solicitaron no ser grabados al hablar sobre este tema. Las entrevistas también ofrecieron indicios de que algunos profesionales desaconsejaban el uso del misoprostol.

A modo de conclusiones

El análisis realizado identificó cambios positivos en términos de accesibilidad a servicios y mejora de ciertos indicadores de salud reproductiva. Algunos de ellos parecen estar directamente ligados a políticas públicas, como es el caso del aumento del número adecuado de controles de embarazo (que entendemos es efecto, en parte al menos, de la AUH y la asignación por embarazo) y el incremento de las consejerías anticonceptivas pos parto (acciones de competencia de los Programas de SSyPR y Maternidad e Infancia) Otros avances, como el incremento de uso de preservativo en el inicio de relaciones sexuales, seguramente responden a acciones de promoción llevadas adelante por diversos actores (salud, educación, ONG) y se enmarcan en cambios socio-culturales de mediano y largo plazo. A pesar de las mejoras advertidas, persisten los diferenciales por edad y condición social, con las adolescentes menores y las pertenecientes a hogares más pobres en las situaciones más desventajosas. Estas inequidades sólo podrán ser superadas con políticas destinadas a reducir la pobreza y a atender las necesidades específicas de las niñas y adolescentes menores.

La alta proporción de embarazos no buscados habla de una demanda insatisfecha de anticoncepción. Resulta fundamental diversificar la oferta de métodos, incluyendo otras opciones de mediano y largo plazo tales como el DIU, los implantes y los inyectables y facilitar el acceso oportuno a la anticoncepción hormonal de emergencia (Zamberlin et al, 2014). Es necesario aprovechar las instancias que aún constituyen oportunidades perdidas para la consejería y el acceso a los métodos (el control prenatal, la internación por parto y por complicaciones de aborto, los controles pos evento obstétrico). La consejería anticonceptiva debería abordar en un lenguaje accesible ciertas dudas o problemas identificados en las visitas domiciliarias del estudio posevento obstétrico (por ejemplo, la eficacia de la anticoncepción de lactancia si la lactancia no es exclusiva; qué hacer frente al olvido de la toma diaria; cuándo retorna la fertilidad luego de un aborto,

etc.).

Esto requiere dar continuidad a políticas y programas, reforzar líneas de trabajo y continuar incentivando la modificación de actitudes, creencias y prácticas por parte de muchos profesionales de salud. Es necesario que las instancias de formación de grado y posgrado incluyan entre sus contenidos: los derechos sexuales y reproductivos y su especificidad en la adolescencia; los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación para la atención de adolescentes y para las prestaciones de salud sexual; y los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud para el uso de métodos anticonceptivos. El gobierno y las sociedades científicas deberían trabajar mancomunadamente para difundir y avalar las recomendaciones nacionales e internacionales que establecen que el DIU es un método seguro y altamente efectivo para todas las mujeres, incluyendo a las adolescentes y a las nulíparas (Roberts et al, 2010; Moreau et al, 2012; Zamberlin et al, 2014).

Con respecto al trabajo con la población adolescente, el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos incluye el “uso deseado, regular y eficiente de los métodos” (Rodríguez Vignoli, 2011) y el respeto a sus decisiones en esta materia. El Programa de Educación Sexual Integral constituye una herramienta fundamental en tal sentido. La educación sexual debe abordar abiertamente las cuestiones de género -tal como lo establecen los lineamientos curriculares- para promover la responsabilidad conjunta por la anticoncepción tanto en la iniciación sexual como en las relaciones posteriores. Asimismo, es importante que como parte del eje del cuidado del cuerpo y la salud, se revisen las creencias acerca del ciclo menstrual y la fertilidad y los preconceptos y temores acerca de los métodos anticonceptivos.

De acuerdo a las investigaciones y datos analizados, el mayor déficit está relacionado con el aborto. Como bien señalan Romero, Zamberlin y Gianni (2010), a pesar de los esfuerzos tendientes al mejoramiento de la atención posaborto (elaboración de un protocolo, capacitaciones en atención integral en instituciones de salud de todo el país) los cambios son lentos y no tienen el alcance de una “política pública nacional”. Hemos visto, por ejemplo, que las adolescentes internadas por aborto reciben menor información que las puérperas o que se les ofrece una gama más restringida de métodos. Por otra parte, la escasa evidencia sobre la estrategia de reducción de riesgos y daños no arroja datos muy auspiciosos (solo una minoría de profesionales entrevistados la conoce y la pone en práctica). Dada la magnitud de las internaciones por complicaciones de aborto, implementar esta estrategia supondría una mejora sustantiva en el acceso a la salud y los

derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. La constitución en septiembre de 2014 de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir abre una expectativa positiva en este sentido ya que su propósito es "hacer valer el marco legal actual que nos permite realizar consejerías pre y pos aborto y proveer interrupciones legales del embarazo tanto en los hospitales como en los centros de atención primaria de la salud" (www.comunicarigualdad.com.ar). Este tipo de iniciativas, sin duda valiosas, no nos exime de seguir luchando para que la democracia salde esa "deuda pendiente".

Referencias bibliográficas

Asociación por los Derechos Civiles y otros, 2012. Comunicación Conjunta para Examen Periódico Universal. Argentina. Sesión 14. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos

Asociación por los Derechos Civiles, 2015. Acceso al aborto no punible en Argentina: Estado de situación.

Alonso, V. 2005. "Abordajes de los servicios de salud y perspectivas profesionales acerca de la adolescencia y el embarazo" en: Gogna, M. (ed.). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*.

Binstock, G. y M. Gogna, 2015. "La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias" en: *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. N. 20. Pp. 113-140.

Binstock, G. y A.E. Pantelides. 2015. Las conductas sexuales y reproductivas de los adolescentes: la iniciación sexual. Resultados de la ENSSyR 2013. Ponencia presentada a las XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Salta. 16-18 de septiembre.

CEPEP. 2005. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) 2004 - Informe Final*. Asunción: Centro Paraguayo de Estudios de Población/USAID/UNFPA, 220 p.

Ciavarino, H. et al, 2006. "Aborto en adolescentes menores de 16 años" en: Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, año/vol. 25, número 004. Asociación de Profesionales del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires, Argentina pp. 167-171.

<http://www.comunicarigualdad.com.ar/avanza-la-formacion-de-una-red-federal-de-profesionales-de-la-salud-por-el-derecho-a-decidir/>

de Bruyn, M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas; 2003.

Faur, E., Gogna, M. y G. Binstock (2015). *La educación sexual integral en la Argentina. Balances y desafíos de la implementación de la ley*. Buenos Aires, Ministerio de Educación de la Nación.

Ferreira Borges Teixeira, A. M. et al. 2006. "Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual" em: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(7), p. 1385-1396.

Fundación Huésped-UNICEF. 2012. *Conocimientos, actitudes y prácticas en VIH y salud sexual y reproductiva (SSR) y uso de tecnologías de la información (TIC) entre adolescentes de Argentina*. Buenos Aires, Argentina. 42 p.

Gogna, M. Salud Reproductiva y Adolescencia. Una mirada de género sobre los conflictos y dilemas de las y los profesionales en un contexto en transición [tesis doctoral]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2008.

Gogna, M. y G. Binstock. "La anticoncepción en adolescentes mayores (18-19) de sectores vulnerables. Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo en cuatro provincias argentinas". (de próxima aparición)

Gogna, M.; S. Fernández y N. Zamberlin. 2005. "Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo: hallazgos de la encuesta a púerperas" en: Gogna, M. (ed.). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. 1ª ed. Buenos Aires: CEDES. 344 p.

González de León-Aguirre D., Billings D., Ramírez-Sánchez, R. 2008. "El aborto y la educación médica en México" en: *Salud Pública México*. 50(3); 258-267.

Heilborn, M. L. et al. 2002. "Aproximações socio-antropológicas sobre gravidez na adolescência". *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, año 8, n. 17, p. 13-45.

INSGENAR y CLADEM. Reporte de Derechos Humanos: Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes a Mujeres en Servicios de Salud Reproductiva. 2003. Rosario.

Kornblit A, Mendes Diz A y Adasko D. 2007. "Prácticas sexuales de jóvenes escolarizados en la Argentina: relevancia de su conocimiento para la educación sexual" en López E. y Langer, A. y G. Nigenda, 2000. *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades*. México. Population Council-BID.

Pantelides EA, editoras. *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires CENEP-CEDES-AEPA-UNFPA; p. 83-104.

Ministerio de Salud de la Nación. 2012. *Situación de salud de l@s adolescentes en la Argentina*. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación. 2016. *Situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina*. Buenos Aires.

Moreau, C, Trussell, J y N. Bajos. 2012. "Contraceptive Paths of Adolescent Women Undergoing an Abortion in France" en: *Journal of Adolescent Health*. 2012: 50(4); 389–394.

Pantelides, E.A., Binstock, G. y S. Mario. 2007. *La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina*. Ministerio de Salud. Secretaría de Programas Sanitarios. Buenos Aires. 96 p.

Plan Nacer-SUMAR-Ministerio de Salud, 2013. Análisis del proceso institucional de generación de una política social de impacto multisectorial: El Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo. Estudio del abordaje secuencial de la integración de programas sociales y sus resultados en la población. Documento de divulgación de resultados.

Reis Brandao, E. y M. L. Heilborn, 2006. "Brasil" em: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(7), p.1421-1430.

Moreau, C, Trussell, J y N. Bajos. 2012. "Contraceptive Paths of Adolescent Women Undergoing an Abortion in France" en: *Journal of Adolescent Health*. 2012: 50(4); 389–394.

Rodríguez Vignoli J. 2014. "Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización" en: Cavenaghi S y Cabella W, editoras. *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*. Serie e-Investigaciones N° 3. Río de Janeiro: FNUAP- ALAP; 2014. p 33-65.

Romero, M; Zamberlin, N y Gianni, MC. 2010. "[La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos](#)" en: *Salud Colectiva*, Vol 6 N°1, enero/abril.

UNFPA, 2016. Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur. Apuntes para la Construcción de una Agenda Común.

Wilson EK, Fowler CI, Koo HP. 2013. "Postpartum contraceptive use among adolescent mothers in seven states" en: *Journal of Adolescent Health*. 52(3); 278-83.

Zamberlin, N. 2013. Reducción de riesgos y daños asociados al aborto inseguro. II Conferencia Subregional CLACAI Cono Sur. *El aborto en el Cono Sur: Avances hacia el acceso al aborto seguro y legal*. Buenos Aires, 4 y 5 de noviembre. FUSA CLACAI

Zamberlin, N. Keller, V. Rosner, M. Zingman, F. Merino, S. Villabrille, P. Román, M. Vázquez, M. Drake, I. Frank, A. y Escobar, J. C. 2014. Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos pos evento obstétrico en adolescentes. Informe final. Estudio Colaborativo Multicéntrico, Comisión Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.