



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Facultad de Periodismo y Comunicación  
Especialización en Comunicación en Salud  
Cohorte 2015



## Trabajo Integrador Final:

“Salud sexual y reproductiva en adolescentes, una mirada comunicacional para (re) pensar los modelos de atención en salud desde lo territorial”



Tutora Dra. Daniela Paola Bruno  
Alumna: María Paula Fernández  
Lic. Ciencias de la Comunicación UBA  
pau\_fernandez669@hotmail.com  
DNI: 27847476

## INDICE GENERAL

### Capítulo 1:

1. Introducción.	<b>Pág. 3</b>
2. Estudios previos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes y marco normativo en Argentina.	<b>Pág. 7</b>
3. Encuadre político conceptual del trabajo.	<b>Pág. 12</b>
4. Objetivos y estrategias metodológicas.	<b>Pág. 21</b>
<i>Objetivo General.</i>	<b>Pág. 21</b>
<i>Objetivos específicos.</i>	<b>Pág. 21</b>
<i>Estrategias metodológicas.</i>	<b>Pág. 21</b>

### Capítulo 2:

5. Descripción del lugar de intervención.	<b>Pág. 26</b>
<i>Municipio de General Las Heras.</i>	<b>Pág. 26</b>
<i>Descripción de Instituciones Municipales de Salud.</i>	<b>Pág. 27</b>
6. Mapa de actores.	<b>Pág. 34</b>
7. Descripción de resultados de la investigación.	<b>Pág. 37</b>
<i>Composición de la muestra por edades.</i>	<b>Pág.37</b>
<i>Acceso a información sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual</i>	<b>Pág. 39</b>
<i>Impacto de la Ley de Educación Sexual Integral y de las acciones preventivas en espacios escolares.</i>	<b>Pág. 41</b>
<i>Centros de salud, usuarios y descripción de las principales consultas.</i>	<b>Pág. 42</b>
<i>Centros de salud y modelos de atención.</i>	<b>Pág. 44</b>
<i>Acceso a métodos anticonceptivos.</i>	<b>Pág. 46</b>
<i>Consultas de varones en los centros de salud.</i>	<b>Pág. 48</b>
<i>Acceso a atención específica en materia de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y protocolos de atención.</i>	<b>Pág.49</b>
<i>Síntesis de resultados</i>	<b>Pág. 49</b>

### **Capítulo 3:**

**8.** Planificación de estrategias de comunicación para mejorar el acceso de los y las adolescentes a información y métodos anticonceptivos. **Pág. 56**

**9.** Metas, actividades y resultados esperados. **Pág. 58**

**10.** Reflexiones finales. **Pág. 63**

**11.** Bibliografía. **Pág. 65**

**12.** Anexos. **Pág. 67**



# Capítulo 1

## 1. Introducción:

El problema que origina el presente trabajo de investigación, tiene que ver con la coexistencia de modelos de atención contradictorios en los servicios de salud del subsistema público estatal de la localidad de General Las Heras.

Estos modelos de atención determinan, por un lado la accesibilidad a información y métodos anticonceptivos; y por el otro el modo en que se configura el primer vínculo de los adolescentes con el sistema de salud.

Los servicios de salud locales no cuentan con alternativas específicas y diferenciadas para atender a la población adolescente. Las pocas alternativas existentes, con las dificultades que describiremos a lo largo del trabajo están dirigidas a mujeres adultas lo cual genera rechazo o desconocimiento en la población adolescente.

Pensar servicios de salud específicos para jóvenes comprende no solo garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos. Es necesario pensar una estrategia que acompañe esta acción teniendo en cuenta las necesidades propias de esta población a partir del desarrollo de herramientas de comunicación para promover entre las y los adolescentes actitudes y valores favorables para el cuidado de su salud sexual y reproductiva

Desde esta situación – problema partimos para desarrollar una propuesta de planificación comunicacional, con el objetivo de mejorar el acceso de las y los jóvenes a información segura y métodos anticonceptivos en el Municipio de General Las Heras.

Construir comunidades más sanas requiere del compromiso del estado, los agentes de salud y la comunidad toda. En la actualidad el sistema de salud presenta innumerables barreras que pueden ser removidas a partir de su problematización para comenzar a pensar líneas de acción que sirvan como puente para desarticular procesos

instalados y permita construir nuevos modos de hacer en salud a partir de prácticas más horizontales y participativas.

El desafío tiene que ver con problematizar el concepto mismo de salud como derecho social, pensar en un abordaje integral, pensar que la salud de cada uno de nosotros esta relacionada con nuestra familia, nuestra cultura y nuestra historia. La salud no es algo que alguien pueda ofrecernos desde un lugar de saber, sino una posibilidad que tenemos en tanto nos pensemos como sujetos activos dentro del proceso que va a dar como resultado un mayor bienestar. De esta manera la salud se construye, no solo en la asistencia médica sino como un derecho humano profundamente relacionado con nuestras condiciones de vida. Visto desde esta óptica se promueve una autonomía plena. El presente análisis surge a partir de mi experiencia académica y laboral; y de mi participación dentro de organismos públicos en el proceso de implementación de políticas públicas de niñez en espacios locales, coordinando el equipo de promoción del Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos del Niño/a Adolescente y Joven de la Municipalidad de General Las Heras<sup>1</sup>.

El Servicio Local adquiere dentro del organigrama municipal el grado de dirección y depende de la Secretaría de Desarrollo Social. Cuenta con una coordinadora, un equipo profesional interdisciplinario, un grupo de operadores socio familiares y un equipo de promoción desde el cual se llevan adelante acciones comunitarias a partir de los emergentes que surgen dentro de la atención de las principales problemáticas de la comunidad.<sup>2</sup>

Mi rol dentro de la institución tiene que ver con el desarrollo de acciones comunitarias de promoción relativas a derechos de la niñez, adolescencia y juventud. A partir de esas experiencias en el territorio, aparecen diferentes problemáticas dentro de las áreas del estado en el que desde una mirada comunicacional y junto con el aporte de otras disciplinas se intenta problematizar en los contextos de intervención en el que

---

<sup>1</sup> A partir de la sanción de la Ley Provincial 13.298 se pone en marcha el Sistema de Promoción y Protección de Derechos de Niños/as y Adolescentes y se promueve la desconcentración de acciones de promoción, protección y restablecimiento de Derechos en el ámbito local conformando Servicios Locales como órganos administrativos en los diferentes municipios de la Provincia de Buenos Aires. Tienen la función de llevar adelante acciones de promoción y protección de Derechos.

<sup>2</sup> Página Web oficial del Municipio de General Las Heras <http://gobiernodelasheras.com/gobierno/>

como comunicadora asumo la tarea de intentar fortalecer los procesos participativos en escenarios territoriales.

Dentro del Servicio Local se realizan diferentes proyectos de promoción que acompañan el trabajo realizado desde el equipo profesional en aquellas situaciones que implican vulneración de derechos de niños/as adolescentes y jóvenes de la comunidad. El documento retoma experiencias comunitarias relacionadas con el acceso a los servicios de salud en la población adolescente.

La situación problema planteada en este trabajo, se desprende de un proyecto de talleres semanales para adolescentes llevado adelante en el año 2015-2016 en los cuales comenzamos a visualizar obstáculos relacionados con la atención de esta población dentro del hospital municipal. Dicha experiencia laboral, se dio en el marco de mi cursada dentro de la especialización en comunicación en salud, fue así que decidí retomar esa experiencia para el desarrollo del trabajo integrador final.

Para el desarrollo de este trabajo partimos de una concepción de la salud como construcción colectiva, como un conjunto de saberes, prácticas médicas, tecnologías e ideas políticas desarrolladas en diferentes ámbitos pero también a partir de significados y prácticas presentes en toda sociedad.

En este sentido ponemos en relieve los aspectos socioculturales, considerando siempre la responsabilidad del Estado como interprete de los actores sociales quienes necesariamente deben participar en la elaboración de respuestas a las problemáticas y aportar estrategias para el cuidado de su salud.

Por eso creemos fundamental pensar un enfoque más complejo de la salud que incluya un abordaje integral, ponga la mirada en los determinantes sociales, y la conciba como una construcción colectiva que incluye la generación de tramas de cuidado desde el Estado en su interacción con toda la comunidad.

Los derechos humanos son aquellos que tenemos todas y todos por el sólo hecho de ser personas. Existen a partir de necesidades humanas que reconocen: el derecho a la identidad, la alimentación, la educación, la vivienda, la salud, la participación, el acceso

a condiciones básicas para garantizar el bienestar de las personas en un contexto de libertad e igualdad.

Los derechos sexuales reconocen que todas las personas tenemos derecho a decidir cuándo, cómo y con quien tener relaciones sexuales. Es decir que todas las personas tenemos derecho a vivir la propia sexualidad sin presiones ni violencia. A que se respete nuestra orientación sexual y nuestra identidad de género sin sufrir discriminación. A acceder a información sobre cómo cuidarnos y a disfrutar del propio cuerpo y de la intimidad con otras personas.

Los derechos reproductivos están relacionados con la reproducción y las decisiones y prácticas reproductivas de las personas. Promueven la capacidad de decidir sobre la reproducción y garantizan que cada persona tenga acceso a las condiciones y los medios que permitan la realización y expresión de sus decisiones reproductivas, sin coerción, discriminación ni violencia y en un contexto respetuoso de la dignidad. Para ello es necesario acceder a la información, la atención y los insumos adecuados.

En todos los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos que hacen referencia al derecho a la salud de las personas, están implicados los derechos sexuales y reproductivos. Declaración Universal de Derechos Humanos, Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Además hay instrumentos que describen específicamente los derechos de las mujeres, las personas LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero e intersexuales.), los niños y niñas, que reconocen de modo particular el acceso a los derechos sexuales y reproductivos: Convención sobre los Derechos del Niño, Convención sobre la eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

En el año 2006 se sancionó la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. La norma impone la obligación de respetar su condición de sujeto de derecho y tener en cuenta su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales.

En el artículo 14 de la mencionada ley se establece que los organismos del estado deben garantizar el acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenece siempre que no constituyan un peligro para su vida e integridad y afirma que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de su salud.

La Constitución Nacional toma como principio rector el interés superior del niño y reconoce su autonomía progresiva introduciendo la idea de “competencia” de los niños para la toma de decisiones relativas a su cuerpo y su salud; los niños son sujetos plenos de derechos y van adquiriendo cada vez mayor capacidad para ejercerlos (autonomía progresiva). En este sentido los adolescentes tienen derecho a: ser escuchados durante la consulta, que se les hable con palabras que entiendan, que les expliquen y les den todas las opciones posibles, incluso sobre formas y métodos anticonceptivos, que no los juzguen, ser atendidos si van solos al centro de salud, buscar información y métodos anticonceptivos, hacerse test de embarazo y consultar todas sus dudas sobre su sexualidad.

El derecho a la salud en términos igualitarios debería garantizar entonces, la disponibilidad de centros asistenciales, la accesibilidad, la aceptabilidad de diferencias interculturales y la calidad de los servicios de salud pública.

## **2. Estudios sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes y marco normativo en Argentina.**

La sexualidad de los y las jóvenes es un tema estudiado ampliamente desde diferentes disciplinas. De modo que podemos encontrar diferentes investigaciones que dan cuenta de cuestiones que van desde la iniciación sexual, los comportamientos, las prácticas y preferencias sexuales, el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos, las condiciones de acceso y uso de servicios de salud, las trayectorias sexuales, las experiencias de maternidad/paternidad:

- *Situación de la salud sexual de las y los adolescentes en Argentina (Unicef y Ministerio de Salud de la Nación, 2016).*
- *Boletín de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación. (Ministerio de Salud de la Nación, 2014)*
- *Situación de los niños, niñas y adolescentes con VIH en Argentina. (Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2011)*
- *Guía de recomendaciones para la atención en salud integral en la adolescencia ( Programa nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud, 2010)*

Argentina dispone de un marco legislativo y programático favorable al garantizar el derecho de los y las adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad (Ley 26.061) (Ley 25.673).

Existen diferentes políticas públicas nacionales que apuntan a incrementar la difusión de información con estrategias preventivas desde edades muy tempranas. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable tiene como misión promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social; así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades para el acceso a una atención integral de la salud sexual y reproductiva. Entre los principales objetivos del programa podemos enumerar:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación o violencia.
  - Disminuir la morbimortalidad materno infantil.
  - Prevenir embarazos no deseados
  - Promover la salud sexual de las y los adolescentes.
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y patologías genitales y mamarias.
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

El Programa Nacional de Educación Sexual Integral propone un espacio permanente de enseñanza donde se desarrollan saberes y habilidades para la toma de decisiones críticas en relación con el cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, el ejercicio de la sexualidad y de los derechos de los niños, las niñas y los jóvenes.

Es una obligación del Estado Nacional y de los Estados Provinciales tal como lo establece la Ley 26.150. Comprende contenidos de distintas áreas y/o disciplinas, y considera situaciones de la vida cotidiana del aula y de la escuela, así como sus formas de organización respondiendo a las etapas del desarrollo de las alumnas y de los alumnos. Promueve el trabajo articulado con centros de salud, las organizaciones sociales y las familias.

La educación sexual integral es un derecho de los chicos y de las chicas de todas las escuelas del país, privadas estatales, confesionales o laicas, de nivel inicial, primario, secundario y para la educación superior. Son objetivos de la ley:

- La educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica equilibrada y permanente de las personas.
- Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos y confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral.
  - Promover actitudes responsables ante la sexualidad.
  - Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular.
  - Procurar igualdad de trato y oportunidades para mujeres y varones.

Asimismo, en los últimos años se realizaron importantes avances en el reconocimiento y la construcción de la ciudadanía sexual: las leyes 26.618 de Matrimonio Igualitario (2010); 26.743 de Identidad de Género; (2012); 26.862, de Reproducción Médicamente Asistida (2013); 26.994, Código Civil y Comercial Unificado (2014); y el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1006/2012, de Reconocimiento Legal de Hijos e Hijas de Familias Comaternalas. En este marco, se pusieron en marcha espacios de diagnóstico, creación, incorporación, implementación y

seguimiento de políticas públicas sustentadas en la diversidad sexual donde también los y las adolescentes está incluido como protagonistas.

Más allá de los avances descritos, las investigaciones relacionadas con el acceso a la salud de los jóvenes insisten en la necesidad de continuar profundizando en acciones de promoción con información clara y precisa sobre sexualidad, reproducción y métodos anticonceptivos y marcan la necesidad de pensar enfoques específicos que prioricen el acceso a la salud y la posibilidad de ejercer sus derechos y su sexualidad libremente y de manera segura: *“un servicio amigable para adolescentes plantea un tipo de servicios donde los/las adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los adolescentes y a sus familias por el vínculo que se establece entre ellos y el equipo de salud, y por la calidad de sus intervenciones”* *Guía de recomendaciones para la atención en salud integral en la adolescencia, (Programa nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud, 2010).*

Asimismo, marcan la necesidad de tomar en cuenta que la profundización de inequidades sociales acentúa el acceso a las diferentes variables vulnerando el derecho de cada joven a apropiarse de sus derechos sexuales y reproductivos y ejercerlos con libertad. Si tenemos en cuenta el discurso dominante en relación a la temática nos encontramos en muchos casos con expresiones que se dan en términos de homogenización de los y las jóvenes.

Esta homogenización ha sistematizado acciones comunes para todos los casos perdiendo de vista las historias, perspectivas y miradas individuales, con resultados negativos en las acciones planificadas para abordarlas: *La vulnerabilidad afecta la capacidad de las y los jóvenes para efectuar una transición exitosa a la edad adulta. Por consiguiente, es preciso proteger y desarrollar sus capacidades de evolución. Las decisiones y conductas en materia de salud sexual y reproductiva en la adolescencia tienen consecuencias perdurables para las oportunidades de vida de una persona joven y para su vulnerabilidad. En razón de su edad, los adolescentes tienen poca capacidad de control sobre su exposición a situaciones de riesgo al encontrarse en un periodo definido por cambios físicos, emocionales y sociales. Se trata de un periodo de*

*exploración y desarrollo tanto de la identidad personal como de la identidad de género. Existen situaciones que pueden afectar en forma desfavorable esta transición, por ejemplo; la falta de vínculos familiares o escolares sólidos, la inseguridad económica conducente, en algunos casos, a decisiones que debilitan los vínculos con comunidades establecidas; la adopción de conductas de riesgo y la toma de decisiones inadecuadas en materia de salud sexual y reproductiva. A menudo no se presta la debida atención a las y los adolescentes en vista del hecho que ya no son niños o niñas pero tampoco adultos jóvenes. Por esas razones los intentos por satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes de menos de 18 años pueden verse obstaculizados por su condición de niños/niñas. Esa misma condición limita sus posibilidades de opinión sobre asuntos que les afectan directamente. (Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2013)*

Tomando en cuenta los marcos legales y programáticos vigentes en materia de salud sexual y reproductiva destinado a adolescentes consideramos prioritario revisar los obstáculos que les impiden ejercer sus derechos plenamente, más aún si se encuentran relacionados a la falta de autonomía que las diferentes instituciones les imprimen en su hacer cotidiano.

Entonces, antes que hablar de adolescencia en general, preferimos considerar la existencia de una diversidad de grupos de jóvenes con experiencias, significaciones y prácticas diferentes en relación al desarrollo de su sexualidad.

Esta perspectiva de análisis nos permite reconocer una dimensión individual que remite al grado o tipo de información a la que los jóvenes tienen acceso, su capacidad para elaborarla y transformarla en prácticas efectivas y saludables. Por otro lado la dimensión social nos permite conocer concretamente la calidad de acceso de las y los jóvenes a aquellos espacios y servicios necesarios para su desarrollo integral y pleno.

### 3. Encuadre político conceptual del trabajo:

El presente trabajo intenta describir y comprender las causas que originan los problemas de acceso de los jóvenes de la comunidad de General Las Heras al sistema de salud, particularmente en lo que tiene que ver con el acceso a información y métodos anticonceptivos.

A continuación desarrollaremos las categorías teóricas que le dan sustento a la investigación y forman parte de la estructura teórica y conceptual del presente trabajo.

Según lo establece el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo en su informe Derecho a la Salud sin Discriminación; *“El derecho a la Salud, es uno de los derechos humanos fundamentales de todas las personas y, por lo tanto, es indivisible del ejercicio de otros derechos, como el derecho a la identidad, a condiciones de vida dignas, al trabajo, a la vivienda, a la educación, entre otros”*.<sup>3</sup> En este sentido el derecho a la salud es algo distinto de lo que comúnmente suele entenderse al asociar la salud con la medicina y las prestaciones médicas, la salud entonces no es la ausencia de enfermedad aunque muchos relacionen el concepto con la cura.

En relación al campo de la salud y los modelos de atención Hugo Spinelli sostiene en relación al perfil epidemiológico en Argentina que éste es producto de la huella de una historia del campo que excede al campo propiamente dicho. *“En argentina encontramos viejas enfermedades vigentes (...)Las raíces de estos problemas son sociales, desigualdad social, controles sobre el medio ambiente, alimentos, acceso a educación, agua potable, y obras de saneamiento, la ausencia de una vida digna, carencia de empleos, o precarización de los mismos”*<sup>4</sup>. De manera que pensar en otra salud requiere discutir políticas integrales y acciones intersectoriales (que exceden por completo el ámbito de la salud) para lograr una mayor equidad y revertir este escenario en pos de hacer realidad el derecho.

La conformación del sector salud, le imprime al área una lógica fragmentada, puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas. Cada

---

<sup>3</sup> INADI, Derecho a la salud sin discriminación. 1 Edición. BS AS

<sup>4</sup> SPINELLI, H (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. En Revista Salud Colectiva Vol. 6, N 3.

uno de ellos difieren respecto de los grupos sociales que atienden, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan generando fragmentación, superposición, desigualdad y relaciones de poder al interior del campo que repercuten de manera directa en la población.

Trabajar sobre los problemas y no sobre las soluciones implica superar una mirada que insiste en colocar las prácticas de salud como prácticas de mercado. Hugo Spinelli retoma el concepto de “campo” de Bourdieu para describir la complejidad del Campo de la Salud, sostiene que existe *“una convergencia de actores, recursos, problemas, e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o la apropiación y el predominio de uno o más capitales”*<sup>5</sup>. Siguiendo con Spinelli dentro del campo se interviene en función de intereses económicos, de relaciones sociales, de prestigio, y según la capacidad de imponer significaciones legítimamente.

En este sentido el autor habla de capital económico, capital social, capital cultural y capital simbólico respectivamente. Cada uno de los actores que entran en juego intenta imponerse y conseguir aumentar los capitales que están en juego dentro del campo. Este contexto genera una diversidad de modalidades de atención que conviven superponiendo sus intervenciones sin ningún tipo de coherencia.

Por otro lado conviven diferentes maneras de concebir la salud y una diversidad de prácticas y saberes que se ponen en juego de diferente manera a la hora de hablar del derecho a la salud. En este sentido es importante conceptualizar las prácticas o procesos de medicalización y mercantilización de la atención en salud que se consolidaron de la mano del capitalismo en el Siglo XX como forma legitimada por el estado de abordar los problemas de salud de la sociedad.

El modelo Médico Hegemónico es considerado paradigmático, en palabras de Menéndez: *“La construcción de este modelo supone detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos”*.<sup>6</sup> La predominancia de este modelo de atención de la salud desconoce cualquier saber previo, como así también las

---

<sup>5</sup> SPINELLI, H (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. En Revista Salud Colectiva Vol. 6, N 3

<sup>6</sup> MENENDEZ, E (1998) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.

diferentes acciones que toda persona puede hacer para lograr cuidar y mejorar su salud. Bajo estas premisas las personas pasan a ser objetos cosificados y subordinados a un saber cientificista que los desconoce en su diversidad, en su cultura, en su identidad fomentando intervenciones estigmatizantes y discriminatorias. La perspectiva científica que plantea este modelo desconoce la dimensión social que nos atraviesa. Esto reduce las acciones a la prescripción de medicamentos y la promoción de conductas que resultan funcionales al sistema de salud pero poco tienen que ver con la efectivización del derecho pensado en términos integrales e integradores.

La Medicalización es según lo establecen Isabel del Cura y A L García Franco *“el proceso que lleva como resultado el etiquetado injustificado de personas sanas como enfermas y la sobre utilización de pruebas diagnosticas y tratamientos no adecuados. (...) Los tres aspectos de este proceso son: llamar enfermedad cualquier situación de la vida que comporte una limitación, equiparar un factor de riesgo como enfermedad, ampliación de los márgenes de enfermedades que sí lo son aumentando su prevalencia”*<sup>7</sup>.

Los procesos de medicalización y mercantilización de la salud que acompañan este modelo, afianzan concepciones individualistas, que ignoran el carácter social y público de la salud. En este estado de situación puede verse la complejidad del campo, los actores, los intereses económicos y los lugares de poder que subyacen las prácticas.

En tensión con el Modelo Médico Hegemónico surge el modelo de autoatención como una alternativa posible. Este modelo se refiere a las representaciones y prácticas que la población utiliza para diagnosticar, entender controlar, aliviar, solucionar y prevenir los procesos que afectan su salud articulando diferentes saberes y prácticas existentes en el que el modelo médico hegemónico es subalterno. Menéndez define al modelo de autoatención como aquel *“basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunes”*<sup>8</sup>

En este modelo recupera la importancia de los actores, sus representaciones, los sentidos sociales y sus prácticas en tanto los sujetos aprenden junto con otros en el

---

<sup>7</sup> DEL CURA, I. y LÓPEZ GARCÍA-FRANCO, A. (2012). La medicalización de la vida: una mirada desde la atención primaria. En Revista Atopos. Salud mental, comunidad y cultura N° 7.

<sup>8</sup> Menéndez, E. La antropología médica en México. Universidad Autónoma Metropolitana. 1992. P97-107.

proceso de socialización. Una parte sustantiva de las acciones preventivas que realiza la población actualmente devienen del saber médico, pero están mediadas por representaciones, prácticas sociales y saberes previos presentes en todo grupo social.

Pensar la salud por fuera de un modelo individualista -funcionalista implica tomar en cuenta a la misma como un proceso complejo y colectivo, sin perder de vista su dimensión social y pública. Es en esta reflexión donde la comunicación se convierte en la herramienta estratégica que permitirá una transformación cultural y sanitaria anclada en lo comunitario. En este sentido es fundamental conocer la complejidad del campo de la salud, pero también conocer los problemas de las diferentes comunidades, sus necesidades y sus contextos para, desde allí, conseguir transformaciones.

Construir comunidades más sanas requiere del compromiso del estado, los agentes de salud y la comunidad toda. En la actualidad el sistema de salud presenta innumerables barreras, sin embargo es posible pensar aportes y líneas de acción a partir de una comunicación en salud que sirva como puente para desarticular procesos instalados y permita construir nuevos modos de hacer en salud con el objetivo de mejorar las condiciones de la población a partir de prácticas horizontales y participativas.

Para lograr incidir y transformar la salud de una comunidad es necesario conocerla en su cotidianidad, sólo de esta manera es posible generar estrategias de acción tendientes a empoderar sin perder de vista que el campo de la salud es un espacio que no está exento de conflictos, de tensiones, de mensajes contradictorios, donde se disputan lugares de poder.

El campo de la salud fragmentado y desarticulado resignifica un modelo médico hegemónico que reproduce relaciones de poder, donde se legitima la superioridad del saber médico por sobre cualquier otro saber posible. Esos discursos están cimentados de tal manera que muchas veces resultan irrefutables. Abandonar un modelo piramidal y verticalista de la comunicación que reproduce relaciones de poder inscriptas dentro del campo por un modelo de comunicación más horizontal implica poner al sujeto en el centro de la escena favoreciendo su participación dentro del proceso.

Suscribimos a la tesis desarrollada por Menéndez en tanto propone superar la idea de inscripción a uno u otro modelo de atención en salud y pensar las articulaciones que realizan los sujetos que hacen uso del sistema de salud. El autocuidado, sostiene el autor, es siempre la primera actividad que un grupo realiza en torno a un determinado padecer, parte de sus saberes y experiencias previas para desde allí y conforme a su decisión consultar a profesionales. Este proceso es relacional y cultural, y es la puerta de entrada a otras formas de atención.

El desafío tiene que ver con problematizar el concepto mismo de salud como derecho social, pensar en un abordaje integral, pensar que la salud de cada uno de nosotros esta relacionada con nuestra familia, nuestra cultura y nuestra historia. La salud no es algo que alguien pueda ofrecernos desde un lugar de saber, sino una posibilidad que tenemos en tanto nos pensemos como sujetos activos dentro del proceso que va a dar como resultado un mayor bienestar. De esta manera la salud se construye, no solo en la asistencia médica sino como un derecho humano profundamente relacionado con nuestras condiciones de vida. Visto desde esta óptica se promueve una autonomía plena.

Hugo Spinelli establece que *“Solo hay posibilidad de cambiar las estructuras del campo si los espectadores devienen agentes de su propia historia, pensada por ellos, en sus propios contextos. Se necesitan actores, ciudadanías plenas y solidarias si se quiere pensar en otra salud para hacer estructurantes otras lógicas. Arriesgarse a salir de las huellas del campo. (...) se trata de volver a pensar en salud no como una totalidad sino como singularidades que expresen la potencialidad de la metapolítica impulsada por la solidaridad y la energía del deseo. Permitirnos nuevos territorios para la acción y las micro prácticas de trabajo con el propósito de construir nuevos y más capitales, nuevos y más actores”*.<sup>9</sup>

Para llevar adelante una planificación estratégica necesitamos definir la forma en que concebimos este proceso. Retomaremos la conceptualización desarrollada por Bustelo quien propone una perspectiva de la planificación social que acompañe los procesos de cambio social acompañando la satisfacción de las necesidades humanas en

---

<sup>9</sup> SPINELLI, H (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. En Revista Salud Colectiva Vol. 6, N 3

un contexto donde, *“las personas buscan ampliar sus opciones, ejercer sus capacidades de escoger, ganar mayores espacios de autodeterminación y libertad”*<sup>10</sup>.

El autor conceptualiza la planificación comprendiéndola como una narrativa, una construcción de un relato donde la tarea del planificador comunicador está en incorporar al otro, dándole un lugar y un sentido movilizándolo. Habla de múltiples actores que participan de un relato que es en sí mismo complejo. A diferencia de una planificación normativa y tradicional, donde el planificador es un técnico que está por fuera de la situación, eludiendo el conflicto, desde esta conceptualización se plantea la existencia de múltiples actores con diferentes grados de participación e incidencia.

El abordaje teórico propuesto para la presente intervención en comunicación está enfocado en las teorías participativas en la medida en que proponen un enfoque centrado en los sujetos, la comunicación desde esta perspectiva debe apuntar a generar mayor participación, abriendo instancias de problematización donde se pueda visualizar los nudos críticos que dan raíz al problema.

Siguiendo estos enfoques las estrategias de comunicación, deben estar orientadas a facilitar canales de diálogo más que a la transmisión de información. Jaramillo<sup>11</sup> define una estrategia como aquel proceso secuenciado con el que se quiere alcanzar un resultado. Es aquel conjunto de actividades con fines y recursos que se organizan de manera que cumplan con los objetivos propuestos. Asimismo establece que una política sostiene y sustenta la estrategia y ésta a la acción debiendo responder a momentos claros y proponerse metas que den cuenta de la evolución.

Una estrategia entonces es el trazado de una acción para la resolución de un problema con el objetivo de obtener un resultado esperado. El proceso comunicativo en palabras del autor tiene sentido cuando la percepción, entendida como aceptación e incorporación de un conocimiento, se transforma en comprensiones incorporadas a la cultura mediante prácticas inscriptas en lo cotidiano.

---

<sup>10</sup> BUSTELO, e (1996) “Planificación social: del rompecabezas al „abre cabezas””. En Cuaderno de Ciencias Sociales N° 92. Costa Rica: FLACSO. Costa Rica. Pp 10.

<sup>11</sup> JARAMILLO López J, (2011) ¿Comunicación estratégica o estrategias de comunicación? El arte del ajedrecista. Doc. Presentado en el VII Simposio Latinoamericano de Comunicación Organizacional “Comunicación estratégica o Estrategia de la Comunicación, he ahí la cuestión del DIRCOM”, Universidad Autónoma de Occidente; Septiembre 2011. Cali, Colombia.

Jaramillo diferencia estrategias estructurantes y operativas, sin embargo, deja en claro que: *“al pensar en diferentes estrategias de comunicación para el desarrollo hay que tener en cuenta que ninguna de ellas excluye a las otras, sino que se complementan en función de los objetivos y alcances específicos de cada una”*.<sup>12</sup>

Las estrategias estructurantes son aquellas que estructuran la acción comunicativa. Aquí distingue las políticas, que son aquellas que crean las condiciones y aseguran recursos en el nivel de decisión dándole viabilidad a la acción. Las organizativas, por su parte son las que articulan alianzas y sinergias dándole legitimidad y aunando esfuerzos que hacen posible la acción comunicativa. Por último las masivas son las instancias de socialización de mensajes en circuitos pertinentes con el fin de llegar a los destinatarios específicos.

Por otro lado distingue las estrategias operativas y dentro de ellas describe las informativas; que son las que entregan información, las pedagógicas que ponen en marcha procesos de formación y las movilizadoras que buscan promover acciones conjuntas con grupos de interés relacionados con la temática.

En el presente trabajo trabajamos y describimos instituciones de salud y comparamos los modelos de atención vigentes en cada una de ellas. Es por ello que resulta necesario definir las conceptualmente y para ello retomaremos ciertas definiciones que resultan pertinentes.

Malinowski define a las instituciones como un sistema especializado de actividades comunes, pautadas, orientado a la satisfacción de una determinada necesidad humana. Siguiendo con la conceptualización Gallino *subraya rasgos comunes dentro de las instituciones; establece que son conjuntos normativos, se refieren a problemas relevantes de la existencia social, se presentan a los individuos como una realidad preconstituida independiente de su voluntad. Las instituciones se conforman emplazadas dentro de comunidades particulares y toman carácter de organización*. Siguiendo a Weber las organizaciones son una forma de coordinar las

---

<sup>12</sup> JARAMILLO López J, (2011) ¿Comunicación estratégica o estrategias de comunicación? EL arte del ajedrecista. Doc. Presentado en el VII Simposio Latinoamericano de Comunicación Organizacional “Comunicación estratégica o Estrategia de la Comunicación, he ahí la cuestión del DIRCOM”, Universidad Autónoma de Occidente; Septiembre 2011. Cali, Colombia.

actividades de los grupos humanos o la gestión de los bienes que producen, de una forma regular a través del tiempo y el espacio.

Las organizaciones funcionan en espacios físicos, como plantea Giddens estos espacios *“tienen características específicas pertinentes a su actividad”*<sup>13</sup> lo cual permite distinguirlas. Analizar una institución implica ir más allá de su descripción, Kaminsky describe este proceso diciendo *“no solo interesa conocer que son las instituciones sino también aquello que creen que son. Este plano de las creencias forma parte de sus dimensiones junto a sus muros, sus fines, sus producciones y circulaciones (...) componen la pluralidad de imaginarios que se entretajan y confunden con la realidad singular institucional”*<sup>14</sup>.

Siguiendo con este autor, plantea que en su construcción toda institución se organiza materialmente para cumplir su objetivo. Utiliza los conceptos de “lo hablado”, para diferenciar el orden de lo que conocemos o podemos conocer de la institución, mientras “lo hablante” nos permite visualizar otras comprensiones o miradas a partir de la existencia de espacios y su distribución. En palabras del autor: *“Todo habla en las instituciones en la medida en que lo sepamos escuchar (...) La institución no es tan solo una cosa, sino también algo en movimiento (...) Ese movimiento corresponde a la relación entre lo instituido y lo instituyente.”*<sup>15</sup> En este sentido concluye que *“Existen aquellas que se encuentran más bien ceñidas hacia su disposición vertical según su organigrama y sus jerarquías; pero también existen las instituciones que dan lugar a las formas horizontales de relación y comunicación.”*<sup>16</sup>

Campos, en relación a la gestión en salud refiere que estas instituciones deben asegurar *“el cumplimiento de su objetivo primario, que es producir salud, y permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de reflexión, de cogestión y, en consecuencia, de realización profesional y personal”* (...) a cada paciente a utilizar mejor sus recursos propios, partiendo siempre del reconocimiento de la voluntad y el deseo de cura de cada uno. Con el empeño de aumentar la capacidad de autonomía del

---

<sup>13</sup> GIDDENS en Apuntes de la cátedra Gestión de la Comunicación en las Instituciones de Salud. Especialización en Comunicación en Salud UNLP, 2016

<sup>14</sup> KAMINSKY, Gregorio. (1990). Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales. Buenos Aires.

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> Idem.

*paciente, para mejorar (...) la comprensión de su propio cuerpo, de su enfermedad, de sus relaciones con el medio social y por lo tanto, la capacidad de cada uno para instituir normas que le amplíen las posibilidades de sobrevivencia y la calidad de vida”.<sup>17</sup>*

El sentido transversal de la comunicación que se resiste a la delimitación de uno u otro campo la convierte en un fenómeno masivo, particular e inserto en todas las relaciones e interacciones. Para Alfaro, la comunicación *“es algo más que, y diferente de, enviar mensajes de un emisor a un supuesto receptor y establecer un sistema de retroalimentación que solo permitirá saber si los recibió, pero no necesariamente si los comprendió, si los comparte, si los rechaza, parcial o totalmente, si necesita modificaciones o si requiere otros diferentes. (...) Existe real comunicación si y solo si los mensajes que se intercambian son producto de un trabajo conjunto. En este hacer juntos es donde está el aspecto fundante y transformador de la comunicación”*.<sup>18</sup>

La comunicación así entendida es una relación de interlocución entre sujetos que influye en ambos comprometiéndolos. La participación activa y protagonista de los sujetos en instancias de decisión y acción en la modificación de su realidad demuestra ser vital para favorecer esa relación de compromiso. En palabra de Díaz *“la comunicación se propone como una perspectiva integral e integradora, que intenta articular, desde el comienzo, los saberes y miradas de los diversos actores que participan en un proceso de salud. En esta perspectiva, las iniciativas de comunicación apuntan prioritariamente a conocer los lenguajes, el modo de relacionarse y los vínculos y mediaciones existentes en cada comunidad, para desde allí trabajar las problemáticas de salud sin escisión posible del espacio de lo cotidiano, de la cultura local, como ámbito ineludible de la representación de los problemas”*.<sup>19</sup>

En los cambios en la definición de salud que se dieron a lo largo del Siglo XX desde aquel modelo biomédico que definió a la salud como “la ausencia de enfermedad”, hasta la definición actual que la describe como un “completo estado de bienestar físico, mental y social” la comunicación ha atravesado todas las instancias.

---

<sup>17</sup> De SOUSA CAMPOS. (2001). Gestión en Salud. defensa de la vida. . Buenos Aires: Lugar Editorial

<sup>18</sup> ALFARO MORENO, Rosa 1993. La comunicación para el desarrollo, en Una Comunicación para otro desarrollo. La Clandria, Lima.

<sup>19</sup> DIAZ, H. y WASHINGTON, U. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud.

Teniendo en cuenta los dos modelos de atención en salud descriptos, podemos decir que se ha pasado de una idea de control y dependencia a una concepción de salud en términos de autonomía.

La comunicación como dimensión dialógica y transversal, y no sólo como transmisión de información conlleva la necesidad de ocuparse de las relaciones entre actores, del reconocimiento de sus capacidades y saberes, el estímulo a la reflexión, el diálogo y la participación. Esta comunicación tiene en cuenta el contexto social y cultural en que se insertan las practicas vinculadas con los procesos de salud-enfermedad- atención. Pensar la comunicación en estos términos, implica favorecer la colaboración intersectorial y movilización de todos los recursos disponibles, para generar mejores condiciones de salud.

#### **4. Objetivos y estrategias metodológicas:**

##### ***Objetivo General:***

Desarrollar un análisis situacional y una propuesta de planificación comunicacional sobre los modelos de atención en salud sexual y reproductiva destinados a adolescentes dentro del Municipio de Gral. Las Heras.

##### ***Objetivos específicos:***

1. Conocer los modelos de atención en salud sexual y reproductiva destinados a adolescentes dentro del municipio de General Las Heras
2. Conocer los principales referentes y lugares elegidos por los adolescentes a la hora de buscar información y métodos sobre su salud sexual y reproductiva.
3. Planificar estrategias de comunicación dentro de las instituciones de salud y educación basadas en las características sociales y culturales de las/os jóvenes destinatarios.

#### **4.3. Estrategias Metodológicas:**

Para llevar adelante los objetivos de investigación retomé los trabajos finales de las diferentes asignaturas de la Especialización en Comunicación en Salud como instancias previas para la realización del documento final del trabajo integrador.

Utilicé las relatorías producto de las observaciones participantes realizadas en función de la tarea profesional y la experiencia laboral desarrollada dentro del área de promoción del Servicio Local de General Las Heras interviniendo en reuniones de equipo, asambleas barriales, presentaciones. Asimismo incorporé el análisis de fuentes secundarias como informes municipales, diagnósticos elaborados por el municipio, registro fotográfico de reuniones, eventos y actividades de promoción relacionadas con la temática.

Para conocer la visión y opinión de los diferentes actores involucrados realicé entrevistas en profundidad. Cada una de ellas presenta una postura particular definida por el rol que ocupa el entrevistado teniendo en cuenta los diversos grados de vinculación e incidencia en la temática.

Realicé entrevistas a efectores de salud del hospital municipal, a una profesional del equipo social del área de salud y a médicas generalistas de la posta sanitaria de la comunidad rural de Plomer. Indagué sobre los modelos de atención vigentes dentro de ambas instituciones, las acciones, posicionamientos, recursos y capacidades de cada uno de los actores mencionados.

La entrevista a la psicóloga social del equipo del hospital, fue desarrollada en el mes de junio de 2017. La realicé por fuera de la institución ya que existe entre nosotras una relación cercana por haber compartido varios años de trabajo dentro del Servicio Local, momento en el cual yo coordinaba el programa de acompañamientos familiares en el que ella trabajaba como operadora social.

Las entrevistas a las médicas generalistas de la unidad sanitaria de Plomer, las realicé en el mes de agosto de 2017 y fueron pautadas con algunas semanas de anticipación. Acordamos encontrarnos en el horario del mediodía que es cuando la demanda de atención merma. El día estuvo lluvioso por lo cual no hubo mucha gente en la sala y pudimos respetar el horario pautado sin complicar la atención. Mi contacto con el equipo de la sala es anterior, de modo que ya conocía a las profesionales a partir de diferentes articulaciones realizadas desde el Servicio Local en relación a la atención de adolescentes.

En el caso de la ginecóloga del hospital, la entrevista tuvo lugar en el mes de septiembre de 2017 luego de contactarla durante un taller sobre salud sexual y reproductiva desarrollado dentro de una escuela de la comunidad en la que trabajo dentro del Programa Mejoras. <sup>20</sup>Pautamos un encuentro en el hospital con algunas semanas de anticipación, previo al comienzo del horario de atención. La charla fue cordial y distendida.

Si bien estaba pautada en el plan de tesis una entrevista con funcionarios del área de salud, la coyuntura política producto de la transición luego de las elecciones del año 2015, hizo que no fuera posible. En los últimos meses fui desplazada del área de promoción de derechos en la cual me venía desarrollando desde que comencé a trabajar en el municipio. El recelo hacia los que veníamos trabajando desde hace algunos años se permeó en el trabajo cotidiano afectando también el proceso que tenía pensado desarrollar para la presentación del trabajo final. De modo que decidimos recortar las entrevistas solo a los profesionales de salud que tienen ingerencia en la temática.

A fin de conocer los principales referentes y lugares a los cuales recurren los adolescentes cuando necesitan información sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, realicé encuestas a jóvenes de escuelas secundarias públicas del casco urbano del municipio.

Para la obtención de resultados se diseñó una encuesta breve, cerrada y con opción de respuesta múltiple que intentó recabar datos sobre cuales son los lugares/personas a los que adolescentes acuden a la hora de obtener información sobre su salud sexual y reproductiva, acceso a métodos anticonceptivos y consultas específicas cuando surge alguna molestia o síntoma relacionado con enfermedades de transmisión sexual.

La muestra estuvo conformada por 100 encuestas realizadas en:

---

<sup>20</sup> Los Planes de Mejora Institucional son un instrumento para avanzar en una transformación progresiva del modelo institucional de la educación secundaria y de la prácticas pedagógicas que implica, generando recorridos formativos diversificados que permitan efectivizar el derecho personal y social a una educación secundaria de calidad para todos los adolescentes y jóvenes. En tal sentido se propone sostener y reforzar las políticas socioeducativas orientadas al acompañamiento de la escolaridad de los estudiantes.

- Escuela de Educación Media N° 1 Paula Albarracín.
- Escuela de Educación Básica N° 4

En ambas escuelas me desempeñé como docente y además realicé talleres de promoción de derechos enmarcados en mi trabajo dentro del Municipio de General Las Heras dentro del Área de Promoción de la Dirección de Niñez, Adolescencia y Juventud. En primera instancia me entrevisté con las directoras de ambas escuelas para contarles sobre mi trabajo de investigación y pedirles autorización para realizar las encuestas. En ambas instituciones mostraron predisposición para colaborar.

La técnica elegida para conocer las opiniones de las y los adolescentes fue una encuesta con opción de respuesta múltiple. Los hallazgos de este muestreo fueron tomados en cuenta a la hora de planificar estrategias de comunicación que cierran el presente trabajo.

Inicialmente el estudio iba a focalizarse en las adolescentes por lo cual el diseño inicial de las encuestas no contemplaba la variable sexo/género. Cuando decidimos incorporar la opción de los adolescentes varones no advertimos que los cuestionarios no brindaban información sobre este aspecto que lamentablemente no fue relevado en la consulta a la población adolescente, de modo que no pudimos hacer un recorte de las respuestas en función de esta variable y optamos por profundizar los resultados obtenidos en función de las edades de los y las jóvenes. No obstante recuperamos la variable de género durante las entrevistas con efectores de salud indagando sobre el uso de los servicios de salud en el caso de los varones.

Para el desarrollo de estrategias de comunicación consideré los aportes de las teorías participativas ya que proponen un enfoque centrado en los sujetos y la importancia de canales interpersonales a la hora de tomar decisiones orientando acciones y estrategias destinadas a facilitar canales de diálogo más que a la transmisión de información.

Por último y a partir del resultado de las entrevistas y encuestas realizas desarrollé un mapa de actores a fin de tomar en cuenta las potencialidades de cada uno de ellos, pensando estrategias para la apertura de espacios de reflexión- acción que profundicen las acciones existentes.

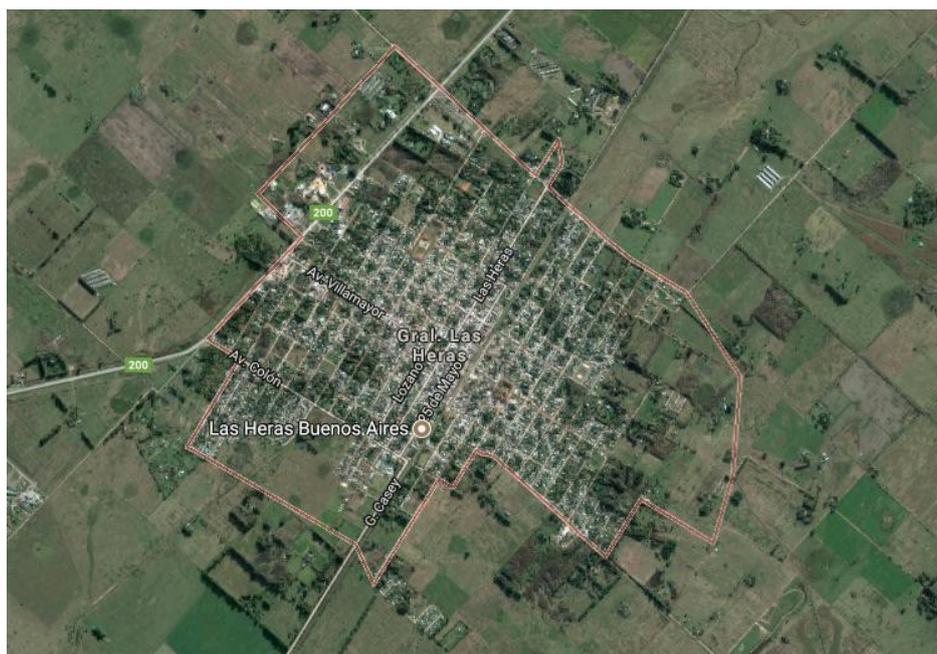
## Capítulo 2:

### 5. Descripción del lugar de intervención:

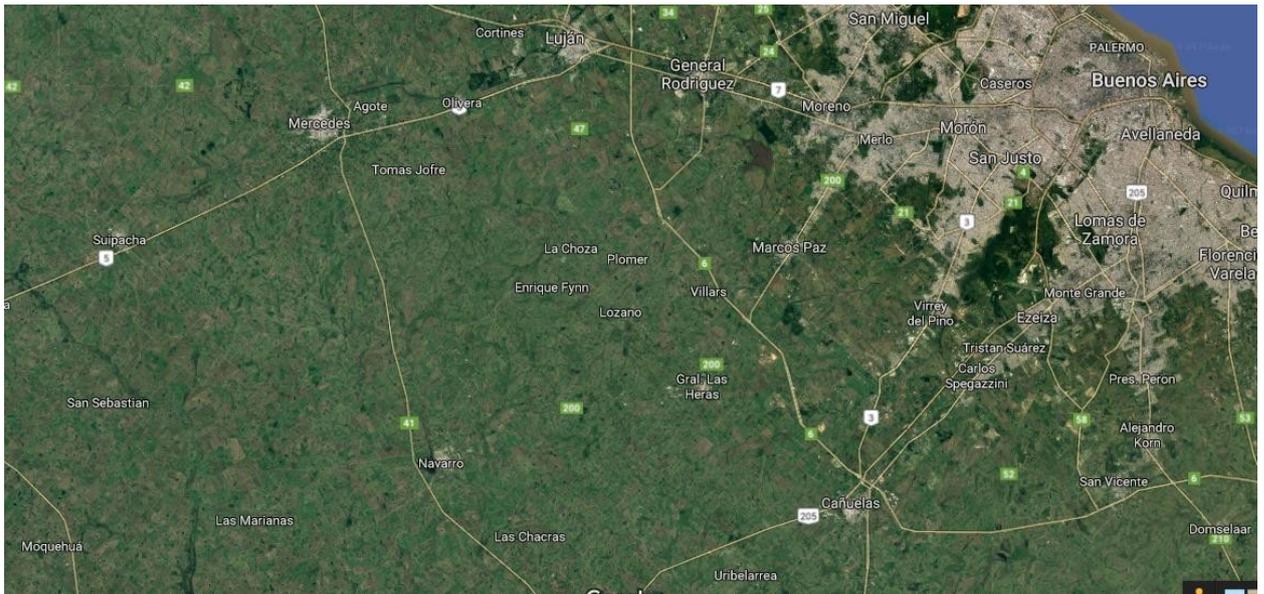
#### *Municipio de General Las Heras*

El municipio de General Las Heras se encuentra ubicado al noroeste de la provincia de Buenos Aires, a la vera de la Ruta Provincial 40 y a 67 Km. de la ciudad de Buenos Aires. Limita con los partidos de Luján, General Rodríguez, Mercedes, Marcos Paz, Lobos, Cañuelas y Navarro.

Según datos relevados por el Censo del año 2010 la población total es de 14.889 de los cuales 7.275 son hombres y 7.614 mujeres.



Plano de la Ciudad de General Las Heras, cabecera del partido homónimo



La captura corresponde al mapa completo de la ciudad de General Las Heras con detalle de parajes rurales:

La choza, Plomer, Enrique Fynn, Lozano, Villars General Hornos.

### ***Descripción de Instituciones Municipales de salud:***

Utilizaremos el concepto de territorio como un componente importante a la hora de analizar la aplicación de políticas de promoción y prevención para adolescentes a nivel local encuadradas dentro de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva. El territorio es utilizado como un concepto central en la aplicación de una política pública en la medida en que ésta causa un impacto sustancial dentro de una comunidad creando formas de resistencia y conflictividades. En este sentido es que proponemos analizar la implicancia que conlleva la coexistencia de dos modelos de atención en salud orientado a jóvenes y adolescentes de la comunidad.

Desde su asunción en diciembre de 2015 hasta la fecha el municipio no ha conformado una secretaría de salud. Dentro del organigrama municipal, el Hospital Municipal adquiere el grado de dirección y depende junto con la Dirección de Catastro y Escrituras Sociales y la Dirección de Modernización e Informática, de la Secretaría de Gestión y Control de Procesos.<sup>21</sup> El Hospital entonces, es la institución desde la cual se implementan todas las políticas públicas de salud a nivel local. En cuanto a las

<sup>21</sup> Sitio Web Oficial del Municipio de General Las Heras <http://gobiernodelasheras.com/gobierno/>

autoridades del área encontramos un Asesor de Salud y un Director del Hospital quienes se encargan de las gestiones propias del área.

La Dirección de Salud Municipal cuenta con el Hospital Municipal como institución cabecera y salas de atención descentralizadas en diferentes puntos de la zona rural: Hornos, Villars, La Chozza y Plomer. En la actualidad solo el Hospital y las Salas de Plomer y la Chozza realizan atención en salud sexual y reproductiva, en las demás sedes solo se garantiza la entrega de métodos anticonceptivos.

El Hospital Municipal, se encuentra en la cabecera del Partido que lleva el mismo nombre. Cuenta con un equipo médico estable, médicos de guardia, enfermeros y enfermeras, especialistas que atienden quincenal o mensualmente, un equipo de salud mental, un equipo social, laboratorio, una médica ginecóloga y una obstetra.

Según referencian autoridades del área de salud, el hospital realiza seguimiento y controles de embarazos de bajo riesgo dos veces por semana. Los partos o cesáreas son atendidos en el hospital vecino de la ciudad de Navarro, garantizándose desde el área de salud local el traslado pertinente. Según referencia de los efectores entrevistados el hospital cuenta actualmente con disponibilidad de profesionales para la atención de jóvenes y adolescentes y realiza controles ginecológicos además de contar con todos los métodos anticonceptivos que se encuadran dentro del programa de Salud Sexual, Reproductiva y Procreación Responsable<sup>22</sup>.

Sin embargo mantienen vigente una lógica de acuerdos internos, avalada desde la Asesoría de salud y la Dirección del Hospital por la cual no se atienden demandas de aquellas jóvenes que asisten a las entrevistas sin acompañamiento de adultos

---

<sup>22</sup> El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable fue creado por la Ley Nacional N° 25.673. Reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados. Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para poder definir la posibilidad de tener hijos, cuántos hijos tener, cuándo tenerlos, y el intervalo entre ellos. Por eso, promueve la "Consejería" en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, favorece la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/sida.

responsables. Estas reglas internas son justificadas en los temores manifestados en diferentes reuniones por el asesor de salud, de que las jóvenes realicen denuncias por abuso a los médicos que las atienden en el hospital.

Si bien este tipo de situaciones nunca se dieron dentro de la institución, existe un fuerte temor manifestado por el mismo funcionario a la posibilidad de que esto suceda poniendo en peligro la trayectoria de los médicos que podría verse afectada por un conflicto de éste tipo, y dadas las características de la comunidad y la “lógica de pueblo” esto acabaría con el nombre de cualquier profesional. Actualmente los dos médicos ginecólogos de planta se jubilaron dando paso a la contratación de una nueva profesional que si bien intenta aplicar otros criterios de atención, le resulta difícil modificarlos en tanto los protocolos y lógicas vigentes están instalados en diferentes sectores claves del hospital (farmacia, admisión, laboratorio).

Dentro del mismo municipio, y bajo la misma Dirección de Salud Local funcionan dos postas sanitarias en las comunidades rurales de Plomer y La Choza como una descentralización del Hospital Municipal en las comunidades rurales del partido.

Están conformadas por un equipo de salud integrado por dos médicas generalistas, una enfermera, un psicólogo y un nutricionista. Las médicas generalistas pertenecen al Hospital Nacional Sommer (una de planta permanente y una residente), su trabajo se encuadra dentro de la lógica del Hospital y tiene como objetivo básico lograr una elevación del nivel de salud de su área de influencia con especial énfasis en los sectores de menores recursos, partiendo de un concepto de salud integral basado en los siguientes ejes: modos de vida saludable y reparación y ampliación de derechos.

En relación a la atención en salud sexual y reproductiva las médicas realizan controles ginecológicos, entrevistas y asesoramiento con el fin de garantizar el acceso libre a todos los métodos anticonceptivos que se encuadran dentro de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva.<sup>23</sup> Atienden los días viernes en la Posta Sanitaria de Plomer y los días martes en La Choza.

---

<sup>23</sup> La implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable abarca: Entrega de insumos a las provincias para su distribución gratuita en los Centros de Atención Primaria y hospitales públicos, a solicitud de las/los usuarias/os, con asesoramiento o consejería especializada. Los insumos de salud sexual y

A diferencia de la lógica de atención que ofrece el Hospital Municipal, se desarrolla un modelo de atención integral y amigable, encuadrado dentro del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación que establece que cualquier joven a partir de los 13 años de edad puede asistir al centro de salud y recibir atención sin necesidad de ser acompañado.

Creemos que esta superposición de lógicas de atención genera consecuencias visibles en tanto niega a los jóvenes el acceso a sus derechos afectando su desarrollo integral. Las instituciones referentes de jóvenes y adolescentes como el Servicio Local, conociendo las reglas implícitas del hospital, planifican dispositivos para lograr garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes. Programa viajes mensuales a Plomer, gestiona el traslado, y garantiza el acompañamiento por parte del equipo de promoción y el programa de acompañamientos familiares. Es decir que la falta de problematización de los modelos de atención vigentes a nivel local por parte de áreas pertinentes; generan la implementación de alternativas que crean gastos extras para el estado local, a la vez que perpetúan las lógicas de atención vigentes en la medida en que silencia el conflicto que se oculta detrás ellas.

En este sentido estamos en presencia de dos instituciones de salud, el Hospital Municipal por un lado y la Unidad Sanitaria de Plomer que se conformaron de diferente manera.

El Hospital Municipal se encuentra atravesado por lógicas que están profundamente arraigadas. Es una institución que no ha podido desarrollarse debido a las políticas de descentralización surgidas en los años 90 donde se les asignó la responsabilidad de la salud de la comunidad a los gobiernos locales, descentralizando funciones sin presupuesto.

---

reproductiva que distribuye el Programa actualmente son preservativos, anticonceptivos hormonales inyectables, hormonales para lactancia, hormonales combinados, y anticonceptivos hormonales de emergencia; dispositivos intrauterinos (DIU) y cajas de instrumental para su colocación.

El equipo de salud lleva más de 30 años trabajando con una lógica expulsiva, no se desarrollan estrategias de promoción de la salud puertas afuera de la institución, los usuarios solo acuden en caso de urgencias. Actualmente y a pesar de la falta de planificación de políticas de salud (ausentes durante los últimos diez años), la falta de financiamiento, la ausencia de gestión y articulación con programas nacionales, el hospital atraviesa una situación de quiebre. El cambio de gestión local (FPV- Frente Renovador) plantea la posibilidad de generar cambios al interior, impone el desafío de planificar una política de salud a largo plazo con objetivos claros que cambien por completo el paradigma de atención vigente. La mayoría de los médicos de la institución están jubilándose, lo cual abre la posibilidad a un recambio que necesariamente tiene que ser acompañados con una problematización de las lógicas existentes.

Siguiendo con la diferenciación, la Unidad Sanitaria de Plomer ha conseguido durante el mismo período de diez años y a partir de la articulación con el Hospital Sommer, desarrollar políticas de salud con objetivos claros: hacer una fuerte promoción de la salud dentro de la comunidad. Junto con la escuela conforman las únicas instituciones públicas de la comunidad, conformándose como referentes para las familias. Se realizan actividades, talleres, charlas para contar los programas y los recursos disponibles con buena participación de las familias. Mantienen una lógica de atención amigable, integral, involucrando a la familia y la comunidad en el cuidado de su salud.

Si partimos de la premisa de que en nuestra vida cotidiana, compartimos e intercambiamos ideas en torno a la salud, esas percepciones dan forma a lo que pensamos que es la salud guiando nuestras acciones dentro de los espacios en los que habitamos y trabajamos. *“La gestión de servicios de salud a partir de problemas específicos tiene como propósito comprometer a todos los participantes, incluso a los usuarios, como partes activas tanto en la elaboración del diagnóstico como del tratamiento. Rompe la verticalidad de los servicios de salud y en la línea de mando, sustituir el control por la motivación permitiendo una mayor realización laboral y mayor conocimiento de salud de los individuos las familias y la sociedad”.*<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> de Sousa Campos. (2001). Gestión en Salud. Defensa de la vida. . Buenos Aires: Lugar Editorial

Las conceptualizaciones enunciadas nos permiten reflexionar sobre el rol que cumplen las instituciones de salud y su funcionamiento dentro de un territorio concreto. Podemos ver las conflictividades que presenta si intentamos determinar o precisar una política pública de salud a nivel local, en este sentido hablamos de dos lógicas de acceso opuestas, dos modelos de atención también opuestos y por consiguiente conceptualizaciones sobre el derecho a la salud que están por fuera de todos los marcos y ejes de discusión que se dan en los niveles más amplios de gobierno.

Las dificultades planteadas anteriormente dan cuenta de un contexto de desarticulación que afecta directamente a las y los adolescentes en la medida en que generan consecuencias directas en su bienestar general. Es por ello que creemos sustancial la necesidad de planificar acciones integrales que garanticen en primera instancia el cumplimiento de sus derechos. Asimismo, resulta necesario repensar las formas de hacer, tener en cuenta los diferentes contextos y situaciones que pueden darse en cada caso en particular para desarrollar acciones integrales que respondan a las diferentes necesidades.

En este último punto nos proponemos pensar y describir un mapeo de actores que nos permita visualizar las relaciones sociales y prácticas vigentes, analizar las intenciones entendiéndolas como la decisión que cada uno hace determinando un posicionamiento.

Pensar posibles estrategias de intervención en comunicación desde lo territorial dentro de este contexto de superposición de modelos y criterios de atención nos obliga a analizar las relaciones sociales y los actores que las ponen en juego. Esta herramienta nos permite conocer posicionamientos y visualizar posibles aliados a la hora de implementar acciones concretas.

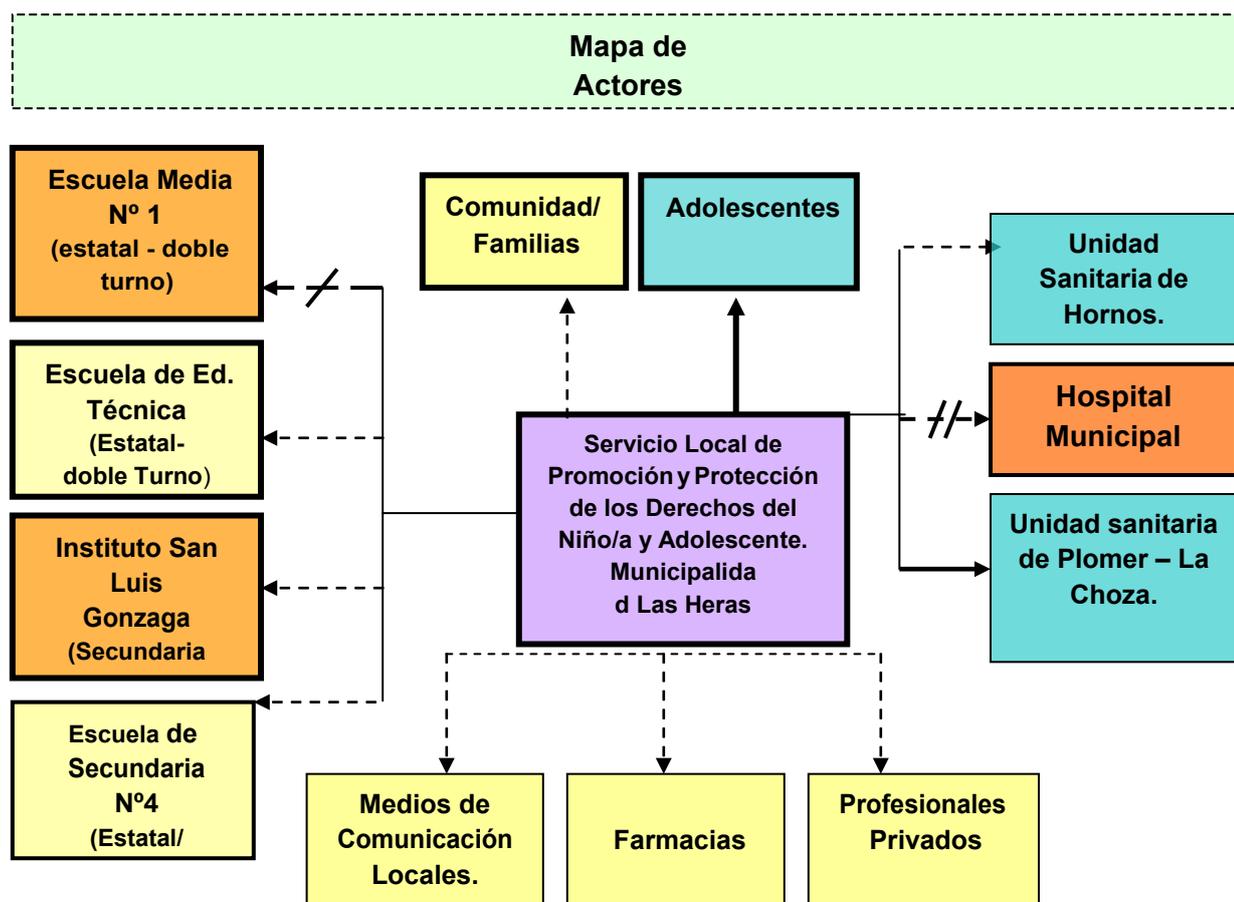
En este caso analizaremos las relaciones que establecen los diferentes actores entre sí a partir de la centralidad del Servicio Local teniendo en cuenta su posición dentro del territorio, su objetivo, interés e influencia en relación a la temática.

Dentro del mapeo el Servicio Local aparece en el centro del cuadro como un actor que interviene y la caracterización de sus relaciones con otros actores

considerados relevantes, en la medida en que atraviesan la vida de las adolescentes (desarrollo social, escuelas, centros de salud, familia, etc.) mientras que otros pueden resultar claves a la hora de pensar estrategias de comunicación en salud (medios de comunicación, comunidad en general, etc.) en un recorte espacio-temporal.

Esta herramienta nos permite analizar posicionamientos en relación a nuestra propuesta, nos ayuda a desarrollar un diagnóstico de la realidad social en la que pensamos intervenir, comprender su complejidad para planificar estrategias pensadas para ese escenario particular teniendo en cuenta alianzas, conflictos, portavoces o referentes autorizados, para seleccionar mejor los actores en cada momento de la estrategia intentando anticipar obstáculos o aliados para nuestros proyectos e intereses, así como actores claves incorporando la mayor cantidad de referentes posibles dentro del territorio que puedan tener información, experiencia, o recursos y podrían tener un interés en participar de las acciones planificadas.

## 6. Mapa de Actores:



### Referencias:

El mapa de actores está construido desde la perspectiva del Servicio Local, ubicado en el centro del esquema.

Los actores que aparecen en naranja son aquellos considerados preponderantes en tanto son claves a la hora de pensar estrategias de comunicación en salud. Constituyen el lugar central que garantiza la presencia de jóvenes para actividades de promoción específicas.

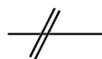
Los actores que aparecen en amarillo son aquellos considerados importantes, en tanto resulta necesario fortalecer el tipo de relación con el Servicio Local (débiles) planificando acciones que profundicen las mismas. A diferencia de los anteriores no hay conflicto, son actores con los cuales no se articula demasiado por lo cual se plantea la necesidad de sumarlos a las estrategias.

Los actores que aparecen en color verde son considerados relevantes, en tanto son aquellos a los que pensamos como protagonistas de las estrategias (en el caso de los adolescentes) mientras que el equipo de salud de la sala de Plomer será el que por cercanía y apertura llevará adelante las estrategias de comunicación en salud hacia el resto de los equipos del municipio y hacia los adolescentes.

Las líneas rectas señalan relaciones fuertes y fluidas: .....

Las líneas punteadas representan relaciones débiles: .....

Las líneas punteadas con cruces representan relaciones conflictivas: .....



Actor	Tipo	Características	Posicionamiento
Escuela Media N° 1	Estatal Doble turno (mañana y tarde)	Escuela pública con mayor matrícula y mayor número de adolescentes embarazadas de la comunidad. Cuenta con un equipo de orientación escolar interdisciplinario.	A partir del ausentismo y la pérdida de regularidad de las jóvenes embarazadas realizan <u>derivaciones</u> al SL indicando que las <u>familias</u> están vulnerando el derecho a la educación de las jóvenes y que desde la escuela agotaron las estrategias pensadas para lograr la reinserción escolar de las jóvenes. DERIVACIÓN DE SITUACIONES. DIFICULTAD PARA PENSAR ACCIONES CONJUNTAS.
Escuela de Educación Técnica	Estatal Doble turno (mañana y tarde)	La matrícula es menor que la anterior. Cuentan con equipo de orientación escolar.	Realizan articulaciones específicas con el SL frente a situaciones de vulneración de derechos. Apertura para la realización de charlas, talleres, jornadas con jóvenes.
Instituto San Luis Gonzaga	Privado	Es una escuela privada subvencionada por el estado. Escuela Católica perteneciente a la Diócesis Mercedes - Lujan. Cuentan con equipo orientador que es compartido por todos los niveles de la institución (jardín, primario y secundario)	Realizan articulaciones específicas con el SL. Existe mucha resistencia por parte de los Representantes Legales y Directivos de la Institución a articular con otras Instituciones para la resolución de situaciones, aún cuando estas sean graves y ameriten la intervención de Instituciones específicas como el Servicio Local. Al ser una escuela religiosa, la educación sexual la realizan bajo estos preceptos. Dificultades para la realización de charlas y talleres de salud sexual y reproductiva.
Escuela de Educación Sec. N° 4	Estatal	Escuela estatal. La de menor matrícula en la comunidad. Familias con alta vulnerabilidad. Cuentan con equipo orientador que comparten con la escuela primaria.	Se realizan seguimientos y articulaciones en situaciones de vulneración de derechos de niños/as y adolescentes. Apertura para la realización de talleres y actividades de promoción.
Secretaría de Desarrollo Social	Estatal. Municipal.	Desarrolla y articula todas las políticas sociales a nivel local.	Posicionamiento favorable en relación a la temática.

Programas Salud Comunitaria de Hornos	Estatal. Municipal	Realiza semanalmente operativos de salud en territorio. Acciones de Prevención dentro de la comunidad de Hornos como así también en Hornos de Ladrillos asentados dentro de la comunidad.	Posicionamiento favorable. Cuenta con equipos médicos comunitarios desarrollando un programa de salud inclusivo e integral dentro de la comunidad con un fuerte componente de prevención.
Hospital Municipal Dr Pedro Arrozarena.	Estatal. Municipal.	En relación a la atención prevalecen reglas internas que van en contra de las leyes vigentes para la atención de adolescentes y jóvenes.  Resistencia a los cambios. Dificultades en la articulación. Realiza prácticas expulsivas. Poca referencia de los jóvenes con la institución.	Actualmente realizan prácticas que obstaculizan el acceso de los jóvenes al sistema de salud con un enfoque integral y de derechos.  Hace años, y más allá del cambio de gestión es una Institución que funciona aisladamente, resulta muy difícil articular. Los resultados de las intervenciones que requieren de estrategias conjuntas dependen mucho de los canales informales que se tejen para concretar acciones específicas.
Sala de Primeros Auxilios Plomer	Estatal. Municipal. Cuenta con equipos médicos del Hospital Nacional Sommer y también recibe recursos desde ese hospital.	Es reconocido entre las jóvenes como un lugar donde pueden acceder a una atención integral de su salud (métodos anticonceptivos, parches, chip de anticoncepción, etc) de manera anónima y segura. Muchas jóvenes viajan a esta comunidad rural para realizar consultas ginecológicas ya que no requieren el acompañamiento de un adulto a partir de los 14 años.  Los equipos médicos tienen otra mirada de la salud, realizan acciones de salud comunitaria, son grandes referentes dentro de la comunidad y su trabajo es reconocido por el Hospital Municipal al que pertenecen por ser una sala de salud descentralizada.	Se muestran comprometidos y dispuestos a colaborar compartiendo su experiencia de trabajo con el resto de los equipos de salud.  Asimismo tienen un gran compromiso con la comunidad lo que los transforma en referentes para las familias.
Medios de comunicación locales.	1 Canal de Cable: privado. El mismo tiene una programación semanal donde releva las principales noticias de la agenda local. Se nutre de la página oficial del municipio y reproduce la agenda.	Todos resultan herramientas útiles para la difusión de información y actividades.	Siempre han mostrado predisposición para la promoción de eventos y campañas de prevención realizadas desde la institución.

	<p>Radios locales: dos FM de alcance local. Una que realiza transmisiones on line y es realizada por jóvenes de la comunidad.</p> <p>Página web municipal.</p>		<p>En los casos de medios privados el municipio tiene una pauta publicitaria que utiliza para la promoción de actividades y noticias relevantes.</p> <p>Los medios locales privados nutren su agenda a partir de las noticias publicadas dentro de la página web de la Municipalidad.</p>
Ginecólogos y Obstetras de la comunidad	<p>Atienden a jóvenes y adolescentes de la comunidad en un total de 4 centros médicos donde llegan adolescentes que tienen una cobertura de salud privada.</p>	<p>Son profesionales que viven dentro de la comunidad. Algunos han trabajado en el ámbito público y conocen la realidad y necesidades de la comunidad.</p>	<p>Pueden aportar miradas y realizar sugerencias para fortalecer acciones tendientes a mejorar el acceso a una salud integral para la población.</p>
Farmacias	<p>Privadas</p>	<p>La ciudad cuenta con 5 farmacias privadas. Todas en el casco urbano.</p>	<p>Hasta ahora no se han realizado acciones en articulación con estos actores. Sin embargo son uno de los actores fundamentales remarcados por los jóvenes a la hora de adquirir anticoncepción.</p>
Adolescentes	<p>Hasta 18 años de edad.</p>	<p>La mayoría recibe información sobre salud sexual y reproductiva a partir de las charlas y talleres que organizan las escuelas y el SL.</p> <p>No encuentran en el Hospital Municipal un espacio de referencia para las consultas sobre su salud.</p> <p>Se refieren con entornos cercanos para informarse sobre su salud sexual y reproductiva. En su mayoría compran sus métodos anticonceptivos en farmacias y resuelven sus consultas en centros privados.</p>	<p>Favorable en relación a la temática.</p>

## **7. Descripción de resultados obtenidos:**

Para la obtención de resultados se diseñó una encuesta breve, cerrada y con opción de respuesta múltiple. Se encuestó un total de 100 alumnos durante horario escolar. Esta muestra se considera representativa a la hora de hacer una lectura de los datos, logrando un muestreo que proporciona confianza en las conclusiones. Por otro lado se conversó con los diferentes grupos en forma posterior a la encuesta a partir de las mismas preguntas para profundizar y conocer un poco más sobre sus opiniones.

En el caso de las entrevistas abiertas a médicos y efectores de salud locales, se realizaron a médicos del Hospital Municipal como así también a médicas generalistas de las postas sanitarias que funcionan en comunidades rurales del municipio (Plomer y La Choza).

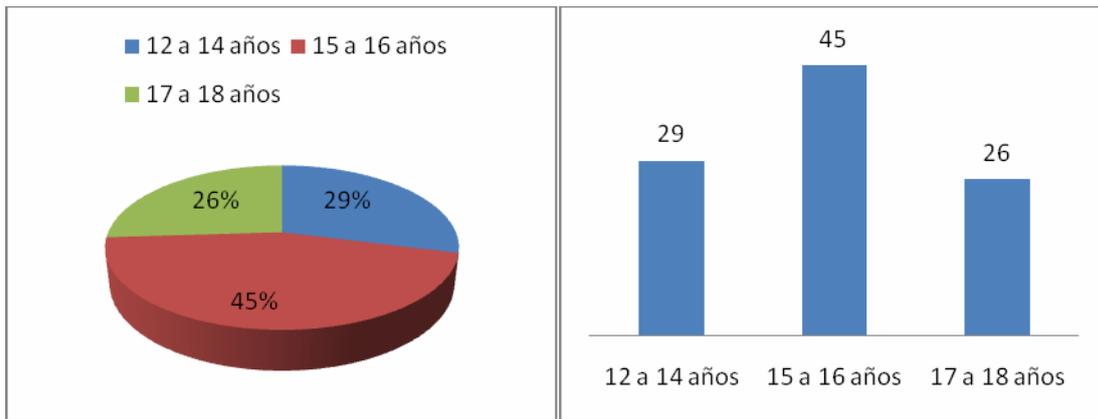
Por otro lado se entrevistó a una profesional del equipo social del hospital teniendo en cuenta que son quienes plantean dentro de la institución estrategias para repensar el acceso a la atención cuando esta encuentra alguna barrera.

La intención en todos los casos, fue conocer el funcionamiento de los servicios de atención en salud sexual dentro de la comunidad. Las estrategias planteadas para dar a conocer este servicio en la población objetivo, los recursos y programas disponibles y el modo de implementación.

### **Composición de la muestra por edades:**

El total de la muestra fue constituida por 100 alumnos y alumnas adolescentes y jóvenes de entre 12 y 19 años de edad. De acuerdo a éste parámetro, fue dividida en tres categorías de manera que el total de los individuos quedaron agrupados según se observa en los gráficos *IA* y *B*.

## COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA POR EDADES



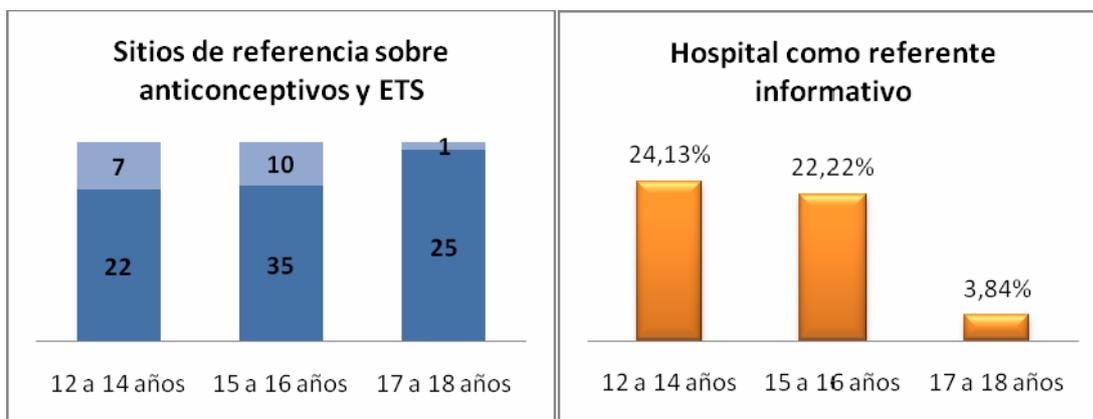
**Grafico 1. A.** Los valores expresados para cada categoría corresponden a cantidad alumnos encuestados. **B.** Los valores constituyen el porcentaje de cada categoría sobre el total de la muestra

Consideramos pertinente el desglose por edades para evaluar si la variación condiciona las siguientes respuestas sobre acceso a métodos y al sistema de salud teniendo en cuenta la variación que pueda existir en relación al inicio o no de la vida sexual de los jóvenes y la demanda que puedan tener en relación a servicios de salud específicos.



Teniendo en cuenta el desglose por edades realizado en el punto anterior podemos ver que frente a la pregunta de *a dónde/quienes recurren los adolescentes cuando necesitan informarse sobre métodos anticonceptivos y ETS*, de un total de 100 encuestados y teniendo en cuenta las edades de los mismos las respuestas dieron los resultados que se detallan a continuación:

- 12/14 años- 29 encuestados respondieron acudir a padres, docentes, hermanos, amigos e Internet, solo 7 de los encuestados referencian además de su entorno al hospital como lugar de referencia.
- 15/16 años- 45 encuestados respondieron acudir a padres, docentes, hermanos, amigos e Internet y solo 10 referencian además el hospital como lugar de referencia.
- 17/18 años- 26 encuestados respondieron acudir a padres, docentes, hermanos, amigos e Internet y solo 1 referencian además el hospital como lugar de referencia.



**Grafico 2:** *A.* En cada columna, el área clara indica el número de individuos de la categoría que toma al hospital como referencia entre otras opciones, y el área oscura a aquellos que no lo incluyen. El área completa de cada columna corresponde al total de individuos para cada categoría. *B.* En cada columna, el valor representa el porcentaje de individuos de la categoría que toma al hospital como referencia entre otras opciones

Aparecen como principales referentes el entorno cercano: padres/madres de los encuestados, hermanos mayores y amigos. En el caso de las instituciones de salud los jóvenes no las elijen como referencia directa, del total de encuestados solo 18 optaron por el hospital como opción y cruzado con otras como padre/madre, amigos, hermanos, docentes.

### ***7.2 Impacto de la Ley de Educación Sexual Integral y de las acciones preventivas en espacios escolares.***

Si tomamos en cuenta la importancia o quiebre que se produjo a partir de la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral en las escuelas, los docentes aparecen como referentes de consultas solo en la primer franja de 12 a 14 años y pierde relevancia en el resto de los grupos.

Las directoras de las escuelas encuestadas manifiestan un avance en el tema a partir de la implementación de la Educación Sexual Integral dentro de las instituciones. Sostienen que los alumnos se acercan a los diferentes referentes (preceptoras, directivos, profesores) para consultas, cuando están preocupados por alguna cuestión relacionada con su vida sexual, e incluso sostienen que realizan gestiones de tests de embarazos por ejemplo con el hospital y realizan el acompañamiento desde la escuela para descartar o confirmar las pruebas. Por otro lado acompañan a las jóvenes que son mamás con estrategias para que puedan sostener la regularidad en las escuelas y planifican planes de estudio especiales para el período de lactancia de sus hijos, siendo flexible con las inasistencias y las formas de evaluación.

Sin embargo podemos ver que muchas de las acciones tienen que ver con garantizar que las adolescentes continúen sus estudios sin tener en cuenta las decisiones de las jóvenes. Por ejemplo, cuando las jóvenes quieren reincorporarse a clases, insisten en que puedan permanecer junto a sus hijos realizando trabajos domiciliarios. Muchas veces estas opciones tienen que ver con lo esperable por parte del personal de educación sin tener en cuenta la voluntad de las jóvenes que en muchos casos quieren retornar a sus actividades cotidianas aún cuando los plazos y deseos del personal de las instituciones educativas son otros.

También mencionan que diferentes áreas del estado en sus diferentes niveles han organizado charlas y talleres dentro de la institución, que siempre son bienvenidas las actividades de promoción y que si bien les gustaría que fueran más periódicas, la escuela muchas veces se queda esperando la iniciativa de afuera, cuando podrían profundizar estas instancias de reflexión en forma recurrente articulando con el hospital, con profesionales locales etc.

### ***7.3Centros de salud, usuarios y descripción de las principales consultas:***

Durante las entrevistas a los efectores de salud aparece una coincidencia en relación a que no existe dentro de las instituciones una demanda de atención específica de adolescentes. Es decir, que los y las adolescentes no se acercan a los centros de salud para pedir asesoramiento ni métodos anticonceptivos. Si bien hay una coincidencia respecto a la demanda existen diferencias respecto a cómo repensar este punto desde la atención.

En el caso del Hospital Municipal atiende una población que abarca todas las edades, en la mayoría de los casos son familias que además están siendo acompañadas por otras instituciones municipales, además de la población que reside en el casco urbano también vienen desde las zonas rurales para recibir atención médica.

En el caso de la Unidad Sanitaria de Plomer atienden más que nada población rural pero no solo de Plomer u otras localidades rurales de General Las Heras, sino que también vienen de otros municipios como Luján y Marcos Paz. Atienden un día en Plomer y otro día en La Choza, los equipos de salud están conformados por médicos generalistas que asisten desde el primer nivel de atención las patologías más frecuentes en niños/as, jóvenes y adultos.

Desde la unidad sanitaria de Plomer aseguran que existen muchos mitos en la población sobre todos los temas relacionados a la salud sexual: *“hay mitos no solo en los chicos, también en los adultos. En el caso de los chicos tienen más acceso y disponibilidad de información: en la escuela, en Internet, con pares, con hermanos, con folletos. De los 14 a los 30 años manejan mucha información que viene de distintas fuentes, pero la gente más grande encuentra un mundo totalmente diferente, muchos*

*nos consultan porque enviudaron o se separaron y quieren iniciar otra relación y no saben como cuidarse. Los adultos tienen menor información, más resistencia y más prejuicios que los jóvenes. En el caso de los jóvenes sabemos y atendemos embarazos y ETS pero no me atrevería a decir que es por falta de información, depende de cada caso muchas veces tiene que ver con sus proyectos de vida. También tenemos consultas de chicas que quedaron embarazadas tomando pastillas, es decir accedieron al método pero sin información suficiente. En este punto la falla es humana. Si yo te doy el preservativo pero no te pregunto si sabes usarlo, cuando te lo tienes que poner estamos fallando desde el sistema de salud”*

Desde el equipo de la sala sostienen que hay una diversidad de situaciones posibles, que desde la atención es necesario brindar información clara, despejar dudas y prejuicios, y abrir el espacio de atención para recibir todas aquellas consultas que quieran hacer. La invitación es clara, la sala siempre está abierta para cuando quieran ir y en el caso de las y los adolescentes a partir de los 14 años no es necesario que vengan acompañados, *“en caso que decidan venir solos pueden hacerlo es su derecho”*.

En este sentido aseguran: *En relación a los proyectos de vida, nosotros como adultos tenemos que entender y aceptar que muchos tienen como proyecto de vida ese hijo que es como su manera de tener algo propio. Dentro de nuestro esquema nos resulta difícil y tenemos que aprender que a veces ellos no quieren otra cosa y nuestro rol ahí es acompañarlos en su elección.*

En cuanto a la población adolescente específicamente, desde el hospital describen que llegan alrededor de los 11 años para aplicarse la vacuna del HPV (Virus del Papiloma Humano). Vienen al vacunatorio acompañados de un adulto, pueden venir porque se golpearon, porque tienen tos, síntomas febriles, etc. pero específicamente para pedir atención o información sobre salud sexual y reproductiva no. En palabras de efectores de salud encuestados:

*“La población adolescente se ve mucho menos, a los 11 años vienen acompañados de los padres por la vacuna del HPV, nunca llegan solos porque en el hospital funciona este criterio de que si es menor no se le realiza ninguna práctica. Cada tanto aparece alguna situación, -la otra vez habíamos salido a hacer una visita y*

*cuando llegamos al hospital nos paran en admisión y nos dicen que recién se había ido una chica que pretendía que le diéramos un test de embarazo. Andaba con el novio que era mayor que ella y le dijimos que no se lo dábamos porque era menor de edad y que tenía que volver con la madre-. Frente a esta situación y como había sido reciente, salimos a buscarla, la encontramos a unas cuadras y a trajimos de nuevo al hospital.”*

#### **7.4Centros de salud y modelos de atención:**

La entrada al Hospital se da tanto por guardia como por admisión. En cualquier caso, la indicación depende del personal que esté en ese momento recepcionando. En palabras de la entrevistada: *“hoy la atención es bastante difícil por los tiempos, por la espera y porque según quien te toque terminas expulsando a quien entra al hospital a buscar una respuesta. No vienen adolescentes espontáneamente. Las chicas no vienen al hospital, pero en caso que lleguen, está instalado que no puede atenderse a menores de edad en consultorios solos, y en el caso que venga es muy probable que según quien lo reciba, nos busque a nosotras en la oficina del equipo social o lo va a derivar a la ginecóloga o la obstetra y en el peor de los casos pueden decirle que tiene que volver con un adulto. Hoy garantizar la atención es difícil porque realmente depende de quien lo atiende en la admisión o que médico está de guardia, teniendo en cuenta estas dos bocas de entrada”*

Si bien desde la dirección están intentando organizar la admisión del hospital, es un camino a recorrer plagado de resistencias que están vigentes desde hace muchos años. Hoy conviven médicos y enfermeras que trabajan hace más de 30 años en el hospital, con médicos nuevos que tienen otra impronta de trabajo. En la puja entre cómo se hacen las cosas y cómo se deberían hacer, cuáles son los criterios de unos y cuáles los del otro, se encuentran los usuarios del hospital que muchas veces presos de estas contradicciones se quedan sin su derecho a una atención adecuada.

En palabras de la entrevistada: *El otro día hubo una situación de una chica de 13 años que faltó unos días de la casa y cuando volvió blanqueó que había tenido relaciones y no se había cuidado. Como había una denuncia previa por búsqueda de paradero, ingresó al hospital para ver cual era su estado de salud. Cuando pudimos hablar con ella, le explicamos que era importante que tomara las medicaciones de lo*

*que se llama el kit de emergencia. Estaba bastante enojada por todo lo que había implicado la movida de la búsqueda y demás, entonces no quería tomar la medicación, después de largas charlas pudimos lograrlo. Pero si esta situación entra por guardia, la revisan, constatan que no tiene nada, la chica se niega a tomar la medicación preventiva y de profilaxis, se va a la casa y punto.*

La conformación de la Unidad Sanitaria de Plomer es más reciente, en el caso de los médicos generalistas llegan en el 2007. Desde su formación atienden las patologías más frecuentes de la población desde el primer nivel de atención. El equipo médico de la sala no pertenece al área de salud municipal sino que se desprenden del área programática del Hospital Sommer. Descentralizan su trabajo en poblaciones como Plomer y La Chozza que pertenecen a General Las Heras y no son territorio propio de General Rodríguez que es el lugar donde se asienta el hospital Sommer pero los abarca como área programática por la cercanía. El objetivo de la atención es acompañar a la población en el cuidado de su salud desde la atención y la prevención, atendiendo los emergentes y brindando las herramientas para que ellos puedan autogestionar el cuidado de su salud.

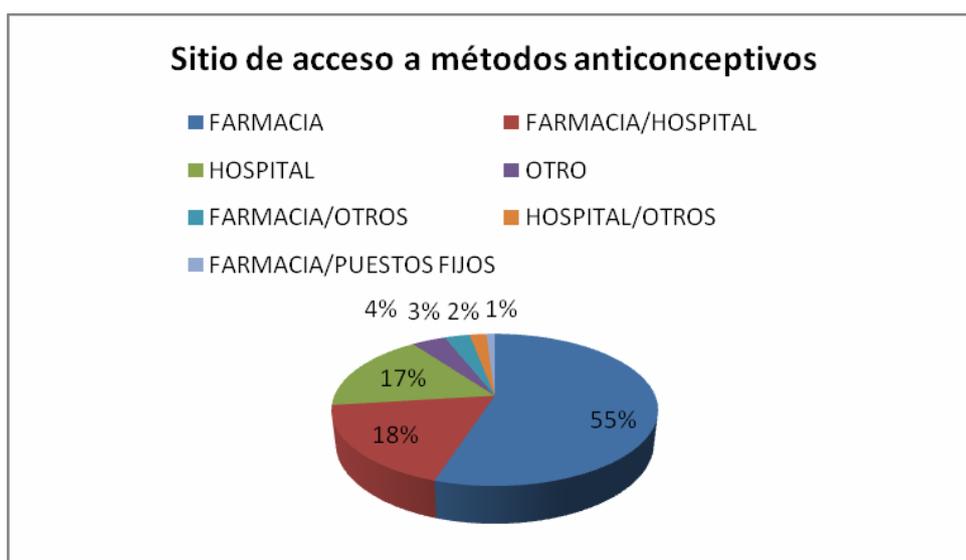
Así lo describe una de las médicas entrevistada: *“La población que viene es variada, además de hacer el abordaje de lo emergente: tos, moco y demás también tenemos mucho de los que es promoción de la salud, trabajamos con la comunidad y con la escuela que es la única institución de la comunidad en todo lo que tiene que ver con prevención y cuidado de la salud”.*

En el caso de la Unidad Sanitaria también existe poca demanda en relación a consultas sobre salud sexual pero el modelo de atención es completamente diferente. En este caso opera el criterio de atención por sobre todas las cosas, cuando llega un adolescente a la sala, sea cual sea el motivo de consulta subyace la idea de que esa consulta es una oportunidad para conversar sobre su salud sexual: *“Nosotros aprovechamos la consulta para hacerles preguntas: ¿tienen pareja? ¿conocen el preservativo? ¿saben usarlo?. Entonces vienen porque tienen tos, le duele la rodilla, el pecho y ahí solemos hacer preguntas relacionadas con su salud sexual. Es muy difícil que ellos solos hagan preguntas espontáneamente. Cada vez que alguien pisa la sala es una oportunidad para estimular el cuidado de la salud. También en el caso de las*

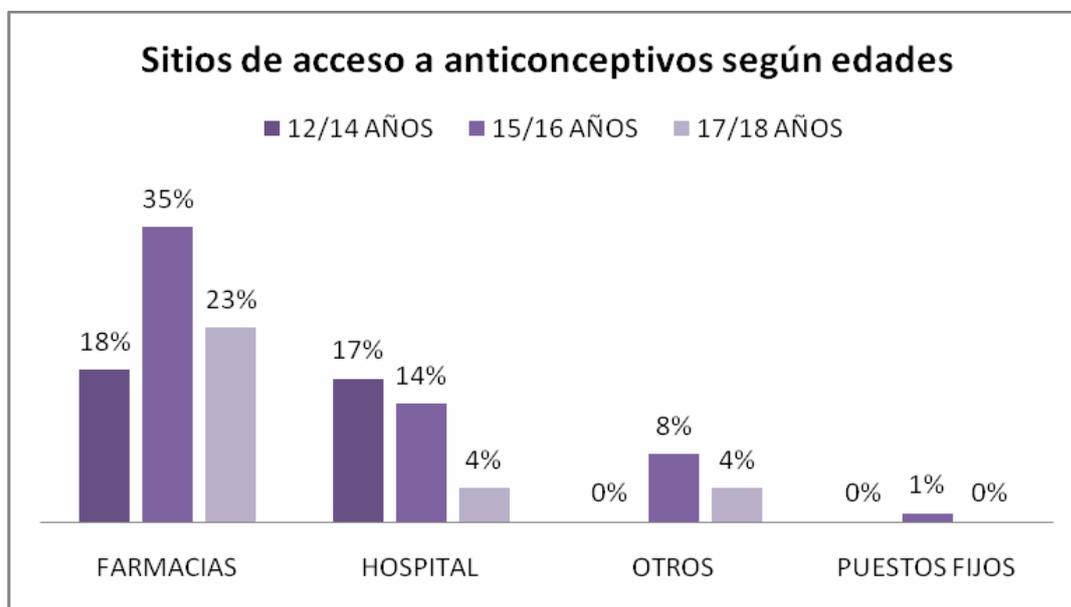
*mujeres que hacen muchas consultas sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, les enseñamos a ellas a usar los preservativos, que sepan como ponerlos también.*

### **7.5 Acceso a métodos anticonceptivos:**

Un análisis directo sobre el total de encuestados (Grafico 3) muestra como el sitio elegido con mayor frecuencia son las farmacias (55) mientras que el hospital queda lejos en tercer lugar (17).



El gráfico muestra una clara tendencia a la compra de métodos en farmacias, y la brecha se acentúa en el recorte de 15 a 16 años y 17 a 18 años donde el porcentaje es ampliamente mayor.



Un alto porcentaje de las y los alumnos encuestados accede a métodos anticonceptivos por fuera del sistema de salud, si bien este dato puede leerse en términos de desconocimiento o desinformación sobre la posibilidad de acceder de forma gratuita a los mismos, también puede vincularse a las barreras existentes en términos de atención.

Por otro lado el análisis nos abre la posibilidad de comenzar a pensar posibles estrategias de comunicaciones en salud que tengan como eje el acceso gratuito a los métodos, pero fundamentalmente a información sobre su uso y en este sentido comienzan a aparecer actores que están por fuera del ámbito público pero que ocupan un lugar central para pensar las mismas.

Si bien existen puestos fijos con preservativos gratuitos e información dentro de bares y oficinas públicas no lo reconocen como opción para el acceso gratuito.

Durante la entrevista a las médicas generalistas hacen referencia a un aumento de consultas en el último tiempo dentro de la sala sobre todo en lo que tiene que ver con la colocación de parches, chips y DIU. *“Ahora estamos empezando a ver que vienen adolescentes mujeres, dos o tres juntas a consultar sobre los métodos anticonceptivos que disponemos, no se si se corre la bola de que los atendemos y que tenemos disponibilidad de recursos y que, a diferencia de otros centros de atención, no hay barreras en cuanto al acceso”*

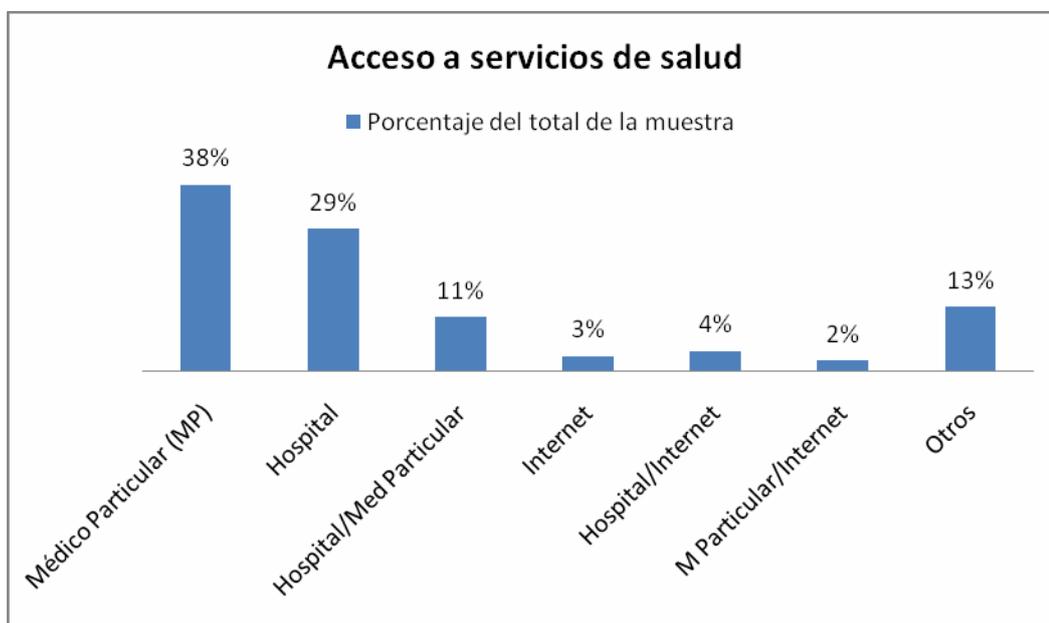
#### **7.6 Consultas de varones en los centros de salud:**

En el caso de las consultas de varones en ambas instituciones manifiestan que es más difícil. En la Unidad Sanitaria asienten que son muy pocas las consultas realizadas por varones en relación a cuestiones de salud sexual; en este sentido trabajan sobre la consulta explícita que puede traerlos a la sala y el desafío tiene que ver con aprovechar esa visita para visualizar todo lo demás tratando de lograr acercar información clara y segura para lograr una mayor efectividad en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

En el caso del Hospital a las barreras de acceso propias de la institución se suma la variable del género. Ofrece una atención ginecológica los días jueves a partir de las 15.30 y una obstetra hace seguimiento de embarazos de bajo riesgo dos veces por semana: lunes a las 9 AM y miércoles a las 16 PM. Eventualmente recibe consultas ginecológicas. Los horarios no sólo son reducidos, sino que además se dan dentro del horario escolar. Por otro lado los profesionales encargados de la atención (una ginecóloga y una obstetra) reducen en sí mismo las posibilidades de consultas a otros grupos que no sean mujeres.

Así lo describen las referentes del área entrevistadas; *“con los varones es más complicado aún. Están los preservativos en la guardia, y si bien no hay demanda tampoco hay una oferta de un servicio, lo poco que hay con las dificultades que planteamos está orientado a las mujeres”*

*Acceso a atención específica en materia de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y protocolos de atención:*



En cuanto a las consultas frente a una molestia/síntoma relacionado con enfermedades de transmisión sexual refieren acudir a médicos privados en consultorios externos (38%), hospital en segunda (29%).

Como venimos desarrollando existen dos protocolos de atención, ambos informales que resumen dos modelos de atención que coexisten como políticas de salud dentro del municipio y dentro de las instituciones de salud analizadas en este trabajo.

Dentro del hospital se implementa un protocolo de atención que exige el acompañamiento de adultos responsables a la hora de prestar atención a adolescentes. Frente a estas barreras, diferentes efectores del área intentan hacerse un lugar y colaboran con estrategias también informales para garantizar la atención. Así lo relata una profesional del área entrevistada:

*Los adolescentes siempre vienen acompañados, es conveniente que vengan con un adulto. Si bien esto es informal y hay médicos y personal que no pide esto, es cierto que convivimos con estas barreras. No existe un criterio de atención unificado. Protocolo formal debe estar pero debe ser viejo, las leyes cambiaron y necesariamente*

*te obligan a cambiar tus criterios de atención. La institución es el personal y vos te vas moldeando a esas reglas y los parámetros en los que vos trabajas y hay que entender que vos tenes hasta un cierto punto para hacer y muchas veces terminamos sintiendo que de a poco vamos encontrando nuestro lugar y la idea es que las cosas vayan mejorando de a poco, pero muchas veces nos terminamos transformando en representantes legales de todos los pibes que van al hospital.*

El acceso a una atención adecuada termina siendo azarosa en la que todo depende de quien esté en la admisión o la guardia. Este punto tiene dos cuestiones relevantes a remarcar, por un lado el desconocimiento de los marcos legales vigentes y por otro lado las resistencias propias del personal: *“Hay personas que están hace 30 años trabajando en el hospital y siempre trabajaron así, entonces los cambios cuestan. Hace pocos meses hubo un recambio, se jubiló el ginecólogo y entro una ginecóloga que trabaja articuladamente con la obstetra, las dos tienen una mirada totalmente integradora. Atienden sin problemas ni condicionamiento alguno. El tema es que ellas no dan los turnos, no recepcionan a las personas que llegan, entonces las que logran llegar al consultorio reciben la atención, pero las que no, ya sea porque no se les dio el turno en admisión o porque se les impuso una barrera, no llegan. Estamos trabajando para que estas barreras desaparezcan pero es difícil. Pensemos que en el hospital hay folletería, tienen acceso a preservativos, pastillas del día después, hay inyecciones, parches, chip, pero más allá de eso es necesario una escucha, que alguien al conocer tu historia de vida y tus necesidades te asesore sobre cual es el método más conveniente”.*

La informalidad de los protocolos, la convivencia de criterios institucionales y profesionales ambiguos y contradictorios generan una política de salud expulsiva y abusiva que no sólo no garantiza el derecho a la salud sino que se convierte en su principal barrera. *“Hace unas semanas vino una chica de 16 años que venía a hacerse una curva de glucosa del medio del campo y no se la querían hacer. La doctora que la atendió no lo podía creer, pero el del laboratorio no le quería hacer el análisis porque le corresponde otro jefe y te dice no me dejan hacerlo. Me dice delante de la chica, “si se descompone es tu culpa”, y por supuesto la chica se descompuso y él me responsabilizó. Pero la verdad es que si yo tengo 16 años, vengo del medio del campo, embarazada a hacerme un análisis por primera vez, tengo incertidumbre porque vivo*

*en el medio del barro y no se como voy a salir del campo cuando me descomponga y voy al hospital donde deberían contenerme y atender mi salud y me encuentro a un tipo que me maltrata, y si, es muy probable que me descomponga. Estas cosas se están tratando de limar.*

Al igual que en el hospital, la Unidad Sanitaria de Plomer tampoco tiene protocolos formales de atención, pero la formación de los profesionales que atienden, la dirección y objetivos del área programática del Hospital Sommer son el basamento sobre el cual llevan adelante su tarea.

*“Adolescente que viene, adolescente que se atiende. No hay una barrera. Si viene a consultar se abre la puerta y se lo atiende. Y si viene fuera de horario, igual se lo hace pasar, se charla, nunca se le dice vení otro día. Porque para nosotros eso es una oportunidad perdida. Sabemos que es muy difícil que un adolescente se acerque a un centro de salud porque el sistema de salud con ellos suele ser eyectivo, entonces nosotros siempre tratamos de escucharlo y recibirlo como primera instancia. En cuanto a una práctica concreta por ejemplo, ponerse un diu, un chip, la lógica es -tenemos chip ponemos chip-, no tenemos en ese momento bueno te llamo y cuando llegan lo hacemos. Si tenemos todo en el momento y cumple con las condiciones lo resolvemos ahí; pasa que no siempre suele ocurrir, particularmente con lo que tiene que ver con diu e implantes: a veces no tenemos el recurso y tenemos que recetarlos.*

Si solo tomamos en cuenta el poco uso que hacen los adolescentes de los centros de salud se puede caer en el error de pensar que no tienen dudas ni inquietudes respecto de su salud sexual y reproductiva. Tomar en cuenta las barreras de acceso propias de la institución y las características específicas de los y las adolescentes nos desafían a pensar de qué manera podemos acercar pautas preventivas puertas afuera de los centros de salud.

Pareciera haber una resistencia a pensar a los y las adolescentes como sujetos que se involucran en el cuidado de su salud, aún cuando no recurren al hospital como lugar de referencia. En este sentido salir de los centros y acercarse al mundo de los adolescentes sería un punto de partida para convocarlos a consultas abiertas, talleres, y actividades de promoción.

Las médicas generalistas de la Unidad Sanitaria de Plomer describen que junto con la atención realizan acciones de promoción por fuera de la sala entendiendo estas actividades como propias del trabajo comunitario que es necesario construir con otros: *“el abordaje lo hacemos a partir de un equipo interdisciplinario y a partir de un trabajo de promoción de la salud puertas afuera de la sala. Trabajamos mucho con la escuela de acá, en la prevención y el cuidado de la salud. Nuestro objetivo como equipo de salud es acompañar a la población, empoderarla en el cuidado de la salud, tratar los emergentes y darle herramientas para que ellos puedan autogestionar su propio cuidado”*.

### ***Síntesis del análisis situacional:***

A partir del análisis de las encuestas a adolescentes y las entrevistas realizadas a efectores de salud, podemos dar cuenta de que a la hora de buscar información sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, los adolescentes se referencian principalmente con sus familiares y grupos más cercanos. Asimismo la escuela es un lugar de referencia durante los primeros años de la adolescencia por lo cual la incorporación de la temática en las diferentes asignaturas fortalece con herramientas e información la calidad de vida de los y las adolescentes para lograr ejercer su sexualidad de manera segura y responsable.

Los centros de salud no resultan ser lugares de referencia y consulta directa, las respuestas de las y los adolescentes dan cuenta de ello. Solo 18 de los 100 jóvenes encuestados los elige para informarse, el resto como dijimos anteriormente prefiere acudir a referentes cercanos y combinar esa primera referencia con los centros de salud. Asimismo las profesionales encuestadas afirman durante las entrevistas que los y las adolescentes no concurren a los centros de salud para informarse sobre su sexualidad de manera espontánea. Cuando lo hacen por otro tipo de consultas y se aborda en la entrevista temas relacionados con su sexualidad dan cuenta de que existe en los y las jóvenes información previa que pueden traer de diferentes lugares de referencia para ellos.

En el siguiente escalón, que tiene que ver con los lugares a los que recurren para obtener métodos anticonceptivos, el 55 % de los encuestados accede a los mismos por

fuera del sistema de salud. En este punto las farmacias son un actor relevante a la hora de pensar estrategias de prevención, esto implica involucrarlos en las políticas de salud local a partir de la significativa importancia que tienen como proveedores de métodos anticonceptivos.

Los centros de salud públicos no se configuran en este punto como un lugar de referencia para los jóvenes, al igual que en el punto anterior el acceso a métodos anticonceptivos no se da dentro de los centros de salud públicos. Hay desconocimiento de los servicios disponibles y en muchos casos existe un rechazo por ser espacios pensados para mujeres adultas. Sin embargo, las pocas acciones realizadas por los efectores de salud puertas afuera de los centros de atención, son bien recibidas por los y las adolescentes. La escuela es un espacio propio, allí se sienten cómodos de modo que aprovechan la informalidad de los encuentros para hacer preguntas y compartir miradas en torno a su sexualidad.

Por último y en referencia a los espacios y lugares a los que los y las adolescentes recurren cuando tienen algún síntoma y necesitan atención específica, nuevamente prima la elección de los centros de salud privados por sobre el sector público. Esto está relacionado con el punto anterior y con las diferentes barreras existentes dentro de los centros de salud: días y horarios poco adecuados, falta de privacidad, lenguaje hostil, etc.

Los datos obtenidos aportan a la construcción de un análisis situacional que da cuenta de que no existe en las instituciones de salud y al interior de los equipos una oportunidad para la reflexión sobre los modelos de atención vigentes destinados a adolescentes que tomen en cuenta los intereses y prácticas propias de esta población.

La falta de recursos técnicos, la ausencia de capacitaciones específicas, los horarios de atención poco flexibles y la demanda existente hacen que prime en el día a día una lógica asistencial. Dentro de este contexto encontramos profesionales que desde sus espacios de atención intentan generar acciones más integrales, participando de talleres y charlas en escuelas (planificadas por fuera de los horarios de atención), aprovechando las consultas de adolescentes para abordar cuestiones relacionadas con su sexualidad, intentando instalarse como referentes dentro de los centros de salud para el acompañamiento en las consultas y prácticas médicas cuando no existen adultos

referentes. Estas acciones individuales e informales si bien son genuinas e intentan generar cambios no aportan a una problematización sobre los problemas existentes en las lógicas de atención vigentes hacia los y las adolescentes que recurren al hospital.

Proponemos entonces, una planificación que intente mejorar el acceso de los jóvenes al sistema de salud para el cumplimiento efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos a partir de estrategias estructurantes que en coherencia con nuestro enfoque integral e intersectorial involucran a los diferentes actores identificados en el análisis situacional: adolescentes, efectores de salud, autoridades, referentes de escuelas, farmacias, medios locales y referentes comunitarios. Partimos de un enfoque de la salud que incluye un abordaje integral que pone la mirada en los determinantes sociales y culturales y la concibe como una construcción colectiva que incluye la generación de tramas de cuidado desde el Estado en su interacción con toda la comunidad.

## Capítulo 3:

### 8. Planificación de estrategias de comunicación para mejorar el acceso de los y las adolescentes a información y métodos anticonceptivos:

La coexistencia de modelos de atención contradictorios en los servicios de salud del subsistema público estatal de la localidad de General Las Heras destinados a adolescentes repercute directamente en el desarrollo integral de los y las jóvenes de la comunidad. Partimos de esta situación problema para desarrollar una propuesta de planificación que tiene como fundamento problematizar los modelos de atención vigentes dentro del territorio a fin de mejorar la accesibilidad de los y las adolescentes a información adecuada y métodos anticonceptivos.

Tomando en cuenta la distinción realizada por Jaramillo (2011) *las estrategias estructurantes son aquellas que direccionan y organizan el planteo táctico operacional* (Matus) entendido como el momento en el que se generan las bases para la formulación de un plan que organice la intervención. Para Jaramillo *son estructurantes de la acción comunicativa las estrategias políticas, organizativas y masivas. Las estrategias operativas están subordinadas o contenidas por una estrategia estructurante y tienen que ver con actividades y tareas importantes para la instrumentación de los procesos de comunicación contemplados en nuestra estrategia estructurante: existen las informativas, las pedagógicas y las movilizadoras.*

Las estrategias planteadas se traducen en acciones que intentan abrir espacios de discusión a fin de lograr acuerdos y consensos en torno al problema comunicacional planteado al inicio de este capítulo e incorporan a los diferentes actores relevados en el análisis situacional entendiendo que sus aportes son necesarios para lograr una transformación real y sustancial.

El objetivo de la planificación es *mejorar el acceso de los jóvenes al sistema de salud para el cumplimiento efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos*. Cada estrategia privilegia un campo de acción, destinatarios/as y supone un tipo de tarea o actividad específicos descriptos en el cuadro de correspondencia.

Partimos de la problematización de los modelos de atención en salud sexual y reproductiva dentro del municipio de General Las Heras como estrategia organizativa que busca problematizar y poner en agenda las dificultades existentes para luego generar consensos y articulaciones orientadas a darle legitimidad a un nuevo protocolo de salud para la atención integral de los derechos sexuales que asegure la prevención, promoción, asistencia y las condiciones necesarias para que los y las jóvenes de la comunidad puedan ejercer plenamente su derecho a la salud.

En el mismo sentido consideramos relevante poder realizar capacitaciones para efectores de salud y educación sobre los marcos legales y normativas vigentes en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos de Jóvenes y Adolescentes como estrategia operativa pedagógica que busca el desarrollo de conocimientos y capacidades dentro del colectivo de trabajadores de salud y educación local.

A continuación desarrollamos tres estrategias orientadas al desarrollo de espacios de reflexión, movilización y promoción con un fuerte protagonismo de las y los jóvenes y adolescentes de la comunidad junto a los principales referentes de consulta para ellos (familias, amigos, profesores y personal de las escuelas a las que concurren). Nadie puede defender y ejercer algo que no conoce, por eso consideramos fundamental complementar la planificación con espacios de encuentro para la reflexión organizados y acompañados por profesionales de salud de la comunidad. Es una forma de acercar las instituciones de salud a la comunidad para comenzar desde ahí a generar escucha, confianza y acercamiento de los efectores de salud.

Pensamos una estrategia operativa informativa orientada a la promoción de derechos sexuales y reproductivos en escuelas de la comunidad destinados a alumnos y personal de educación. Una estrategia movilizadora/ pedagógica que tiene que ver con la conformación de un espacio socio comunitario que acompañe y fortalezca el trabajo realizado desde el Servicio Local para el acompañamiento de situaciones vinculadas con embarazos adolescentes y relaciones de crianza donde puedan participar madres y padres jóvenes junto con sus hijos. Desde allí se trabajará para viabilizar la palabra, reconociendo necesidades, sentimientos y afectos con el fin de compartir experiencias

maternantes y la posibilidad de generar cambios a partir de una actitud crítica y reflexiva.

Para finalizar proponemos una estrategia estructurante masiva de sensibilización sobre la temática de derechos sexuales y reproductivos y embarazo adolescente producida y protagonizada por jóvenes y adolescentes de la comunidad con el acompañamiento del equipo de promoción del Servicio Local. Con esta acción buscamos recuperar las producciones y relatos de los y las adolescentes a los fines de construir mensajes propios que sirvan para sensibilizar a toda la comunidad a partir de una campaña audio visual.

### 9. Cuadro de correspondencia:

Objetivos Estratégicos	Metas	Evidencias	Actividades	Resultados Esperados
<p><b>Capacitar a los Equipos de Salud del Hospital Municipal sobre las Leyes y normas legales vigentes en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos de Jóvenes y Adolescentes.</b></p> <p><u>Destinatarios:</u> Director del Hospital. Equipos de Salud: médicos, ginecólogos, obstetras, enfermeros y personal administrativo, farmacias locales, farmacéuticos, escuelas.</p>	<p>Que al cabo de 9 encuentros los equipos de salud de Las Heras puedan conocer los alcances de las legislaciones vigentes en materia de salud sexual y reproductiva orientados a jóvenes.</p>	<p>Planilla de asistencia de los encuentros realizados.</p>	<p>Realización de talleres para equipos médicos.</p> <p>Realización de talleres para enfermeros.</p> <p>Realización de talleres para personal administrativo y de admisión de pacientes.</p> <p>Realización de talleres para personal de farmacias y farmacéuticos de la comunidad.</p> <p>Realización de talleres para directivos, equipos y profesores de escuelas secundarias.</p>	<p>9 talleres realizados.</p>

			<p>Análisis y socialización de legislaciones vigentes en materia de Salud Sexual y Reproductiva con apoyo de referentes del Ministerio de Salud de la Región Sanitaria VII.</p>	
--	--	--	---	--

<p><b>Problematizar sobre los modelos de atención en salud sexual y reproductiva dentro del ámbito local.</b></p> <p><b>Destinatarios:</b>  <b>Autoridades de Gobierno.</b>  <b>Director del Hospital.</b>  <b>Secretario de Desarrollo Social,</b>  <b>Directora de Niñez. Equipos Interdisciplinarios de las diferentes áreas mencionadas.</b>  <b>Equipos de salud</b></p>	<p>Realización de una presentación/ ateneo por institución de salud donde describan el modelo de atención que realizan para ser compartido y discutido por los equipos de trabajo presentes.</p> <p>Formular en el plazo de 3 meses un protocolo de salud para la atención integral de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y adolescentes de la comunidad.</p> <p>Elaborar en el plazo de seis meses un proyecto</p>	<p>Planilla de asistencia a los encuentros</p> <p>Planilla de asistencia a los encuentros</p>	<p>Realización de encuentros de trabajo con equipos de salud y equipos sociales territorial.</p> <p>Realización de encuentros de trabajo con equipos de salud y sociales para la elaboración de un protocolo de salud local.</p> <p>Realización de encuentros de trabajo con equipos de salud</p>	<p>Encuentros participativos quincenales.</p>
---	---	---	---	---

<b>de las postas sanitarias. Educación.</b>	para la creación de una Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	Planilla de asistencia a los encuentros	y sociales para la elaboración de proyecto de Consejería Sexual y Reproductiva.	
---	--	---	---	--

<p><b>Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos.</b></p> <p><b><u>Destinatarios:</u></b> docentes y alumnos de todas las escuelas secundarias de la comunidad.</p>	<p>Llegar al total de alumnos de la comunidad (urbana y rural) con información clara sobre el alcance y la implicancia de sus derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Dar a conocer el dispositivo de Consejería en salud sexual y reproductiva en las siete escuelas de la comunidad.</p> <p>Elevar en un 30 % el número de consultas realizadas por jóvenes dentro de instituciones públicas salud en el plazo de un año a partir de la puesta en marcha del Proyecto Consejería.</p>	<p>Registro de presentes dentro de las escuelas a fin de estimar el alcance de los talleres.</p> <p>Registro de consultas de adolescentes en centros de salud públicos.</p>	<p>Realización de talleres en escuelas secundarias para la promoción de derechos Sexuales y Reproductivos encuadrados en el proyecto de Educación Sexual Integral vigente a partir de la sanción de la Ley 26.150 del año 2006 y de la aprobación de los Lineamientos Curriculares de Educación Sexual Integral (ESI). Relatoría de los encuentros con los aportes realizados por los jóvenes.</p>	<p>2/4 talleres por escuela (7) según cantidad de matrícula y turnos.</p> <p>Diseño de piezas comunicacionales retomando reflexiones acerca de los Derechos Sexuales y Reproductivos</p> <p>1 Folleto 1 Calcomanía. 1 Afiche.</p>
---	---	---	--	---

<p><b>Generar un espacio socio comunitario que acompañe y fortalezca el trabajo realizado desde el Servicio Local de Gral. Las Heras para el acompañamiento de situaciones vinculadas con el embarazo adolescente y las relaciones de crianza, que aspiren a la construcción, producción y transformación colectiva en las cuales puedan participar conjuntamente las madres y sus hijos.</b></p> <p><b><u>Destinatarios:</u></b>  <b>Madres y padres adolescentes con sus hijos.</b>  <b>Actores socio comunitarios, comunidades educativas, familias.</b></p>	<p>Elaborar en el plazo de un mes un listado de mamás y papás adolescentes a partir de la información suministrada por los equipos de salud, el Servicio Local, y los equipos orientadores de las escuelas para contarles de la propuesta.</p> <p>Elaborar en el plazo de dos meses un proyecto para Madres y Padres Adolescentes con un enfoque de derechos.</p>	<p>Entrevistas con equipos orientadores de las escuelas a fin de recabar datos para contactar a las y los jóvenes.</p> <p>Entrevistas con equipos de salud para dar a conocer la propuesta del taller para que puedan ofrecerla en las consultas.</p> <p>Articulación con el equipo del SL para coordinar la participación de jóvenes que asistan a la institución.</p> <p>Visitas domiciliarias a los jóvenes.</p>	<p>1 taller semanal de dos horas de duración.</p>	<p>Conformar un grupo de madres y padres adolescentes abierto a la comunidad.</p>
---	---	---	---	---

<p><b>Sensibilizar sobre derechos sexuales y reproductivos y embarazo adolescente a partir</b></p>	<p>Lograr la participación de al menos 5 representantes adolescentes de</p>	<p>Monitoreo de medios.  100 Afiches para promocionar la</p>	<p>Creación y difusión de un spot audiovisual (fotonovela).</p>	<p>Cinco apariciones diarias en medios audiovisuales.</p>
--	---	--	---	---

<p><b>de una campaña comunitaria que invite a organizar a los diferentes actores para dar a conocer los derechos sexuales y reproductivos, instalando el tema en la comunidad tomando posición y proponiendo reflexiones y acciones con un fuerte protagonismo de los jóvenes.</b></p> <p><b>Destinatarios: Adolescentes y comunidad en general.</b></p>	<p>cada una de las escuelas y 2 representantes del grupo de talleres de adolescentes.</p> <p>Lograr la aparición de la campaña en todos los medios locales y lugares de circulación comunitarios y farmacias locales.</p>	<p>campana en escuelas, centros de salud, instituciones locales y comercios.</p>	<p>Creación y difusión de un spot radial y para aplicaciones de celular.</p> <p>Creación y difusión de un gif para redes sociales.</p> <p>Creación y difusión de material gráfico para medios locales.</p>	<p>Cinco apariciones diarias en medios radiales.</p> <p>Aparición semanal en páginas y redes sociales del Municipio.</p> <p>Aparición semanal en pauta municipal en medios gráficos durante un mes.</p> <p>Socialización de la campaña gráfica en instituciones y comercios locales y farmacias.</p>
--	---	--	--	--

## **10. Reflexiones finales:**

A lo largo del presente trabajo hemos intentado problematizar sobre los modelos de atención vigentes dentro de las instituciones de salud local que brindan servicios específicos en esta temática. Los datos y testimonio recabados describen las barreras de acceso a información y métodos preventivos impartidas desde las instituciones y profesionales que deberían garantizar el acceso a los mismos.

Muchas de las barreras descriptas están en discusión dentro de las instituciones, donde aparecen además de las profesionales entrevistadas otras voluntades que trabajan desde lo cotidiano para remover obstáculos y garantizar el acceso de la población a los servicios de salud.

Las estrategias planteadas anteriormente retoman actores que ya se encontraban presentes en nuestro diagnóstico inicial, asimismo a partir del trabajo de investigación desarrollado pudimos sumar nuevos efectores a los que necesariamente se debería convocar para profundizar las instancias de promoción de la salud y acceso a métodos anticonceptivos. Estas instancias además, deberían ir acompañadas por una problematización de la situación actual, la misma debe darse no solo al interior de las instituciones de salud sino también hacia fuera de las mismas contemplando a estos otros actores que aparecen como referentes de los y las jóvenes en la actualidad (farmacias, profesionales de consultorios privados, familias y entornos cercanos de las y los jóvenes).

Por otra parte, resulta positivo que ya exista dentro del territorio una experiencia de atención con un enfoque integral de la salud y con un fuerte impacto dentro de la comunidad. Esta experiencia abre el camino para poder replicar este tipo de acciones dentro de las demás instituciones de salud locales para al menos en primera instancia intercambiar experiencias y sentidos en torno a la salud de los y las adolescentes. Consideramos necesario incorporar en cada acción no solo las voces de los profesionales de la salud sino la de los y las jóvenes y sus referentes más cercanos.

Por último en el año 2015 asistimos a un cambio de gestión a nivel local que a lo largo de este año y medio ha priorizado la inversión edilicia mejorando notablemente la infraestructura del hospital municipal y el mantenimiento de unidades sanitarias con promesas de continuar hacia una modernización en los equipamientos existentes. Si bien consideramos relevante este avance en materia de inversión creemos que existe un largo camino por recorrer que tiene que ver con mejorar las condiciones de contratación de los profesionales, la capacitación y actualización constante de todo el personal de salud y la apertura de espacios de discusión permanente para la revisión de los modelos de atención y protocolos vigentes.

Es imposible pensar políticas de salud a nivel local que tomen en cuenta las necesidades propias de los y las jóvenes sin una problematización de los modelos de atención vigentes, sin sumar sus voces a la discusión, sin contratar mayor número de profesionales para la atención de modo que se pueda pensar en acciones de promoción y prevención en espacios comunitarios sin afectar la atención específica. Estas instancias necesitan de viabilidad política, de funcionarios que discutan y pongan en agenda las políticas públicas destinadas a jóvenes y adolescentes como prioritarias de dentro de su gestión.

Para Uranga, *“la comunicación se define por la acción”*<sup>25</sup> La comunicación comunitaria entonces es un compromiso con la práctica transformadora y es una acción política. Es menester de los diferentes actores problematizar sobre el estado de situación actual al interior de las diferentes instituciones, con encuentros, ateneos, reuniones de equipo, consensuar entre todos una política de salud específica para los y las adolescentes y llevarla a las instancias de decisión política para lograr su concreción.

En este camino nuestro rol como comunicadores en salud es el de mediar, facilitar, promover el diálogo en el que los sujetos (adolescentes, agentes/instituciones de salud, familias, actores comunitarios, escuelas etc.) intervienen no como destinatarios/ beneficiarios de una política o proyecto sino como ciudadanos con capacidad de accionar sobre su realidad y protagonizar el cambio desde su rol en la comunidad.

Para Dagrón “*los procesos de comunicación, en su versión más humana que es el diálogo, o en sus proyecciones organizativas y mediáticas, son un instrumento de apoyo a las transformaciones en las que el hombre es el centro*”.<sup>26</sup> El principal desafío resulta en articular los saberes de todos los actores que participan del escenario de la salud, facilitando la construcción de espacios de diálogo democrático y participativo para promover mediante acuerdos, consensos, e instancias superadoras de las individualidades. En este sentido la comunicación se presenta como una estrategia que permite abordar la complejidad del escenario de la salud desde las comunidades y a la vez presta una metodología y herramientas para la intervención.

Fomentar los espacios de comunicación y participación no es la solución definitiva al fracaso o los traspiés en la efectivización del derecho a la salud, sin embargo “*La tarea tiene que ver con reforzar mediante instancias participativas el sentido de comunidad, como fuente de socialización e integración social. Favorecer la diversidad, el „mestizaje” integrando y cohesionando las diversas expresiones, propuestas, reflexiones que cada uno puede aportar desde su lugar. Dialogo y escucha continua (empatía). Conseguir que los ciudadanos puedan transmitir sus necesidades y puedan tomar decisiones y emprender la movilización social. Participación activa y continua*”. Entendemos que promover el involucramiento de la comunidad en el diseño y sostenimiento de acciones que afectarán finalmente su vida cotidiana y una mejora de su salud es central para sostener su desarrollo.

El comunicador está inserto en la trama, su posición es política y su trabajo transformador si logra transitar el camino que le permita ser un facilitador y promotor de la acción y la reflexión sobre los procesos que llevarán a un ejercicio pleno del derecho a la salud, integral, democrático y participativo para los y las adolescentes. Es en esta interacción constante con el territorio, con la realidad de la conflictiva social, donde el comunicador continúa formándose con los aprendizajes que surgen de cada experiencia particular.

---

<sup>25</sup> URANGA, Washington (2011) “Políticas Públicas” publicado en Página 12, 9 de febrero de 2011. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/laventana/26-162011-2011-02-09.html>

<sup>26</sup> DAGRON, Gumucio (2004) “*El cuarto mosquetero: La comunicación para el cambio social*” en Investigación y Desarrollo vol. 12, n° 1. Disponible

### 13. Bibliografía:

- BUSTELO, E. (1996) “Planificación social: del rompecabezas al „abre cabezas””. En Cuaderno de Ciencias Sociales N° 92. Costa Rica: FLACSO-Costa Rica. pp. 1 a 16. □
- JARAMILLO LOPEZ, J. C. (2011). ¿Comunicación estratégica o estrategias de comunicación?
- El arte del ajedrecista. Documento presentado en el VII Simposio Latinoamericano de Comunicación Organizacional, “Comunicación Estratégica o Estrategias de Comunicación, he ahí la cuestión del DIRCOM”; Universidad Autónoma de Occidente; sept. 28-30/2011; Cali, Colombia.
- UNICEF Argentina (2006) “Guía para la Formulación de Estrategias de Comunicación”, Cuadernillos 2, 4. y 6. Colección Comunicación y Desarrollo, Buenos Aires: UNICEF-Argentina. Disponibles en [http://www.unicef.org/argentina/spanish/resources\\_4656.htm](http://www.unicef.org/argentina/spanish/resources_4656.htm) UNICEF Perú (2003).
- WAISBORD, S. (2007). Árbol genealógico de teorías, metodologías y estrategias en la comunicación para el desarrollo. Fundación Rockefeller disponible en [http://www.wuranga.com.ar/images/recomendados/25\\_waisbord\\_arbol.pdf](http://www.wuranga.com.ar/images/recomendados/25_waisbord_arbol.pdf)
- MANZANAL, MABEL (2007) “Territorio, poder e instituciones. Una perspectiva crítica” en Territorios en construcción, Actores, tramas y gobiernos, entre la
- BERNARDO MANÇANO FERNANDES, Territorio, teoría y política. – UNESP\*
- UGALDE, A.; (1985) “Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica”. Social Science and Medicine, Vol 21, N°1 pp 41-53.
- CHIARA, MAGDALENA (compiladora) (2015) “Gestión territorial integrada para el sector salud”. Cuaderno de trabajo. 1a ed. - Los Polvorines. Universidad Nacional de General Sarmiento, E-Book.
- CHIARA, MAGDALENA (compiladora) (2012) “Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires”. 1a ed. - Los Polvorines, Universidad Nacional de General Sarmiento.
- PRIETO CASTILLO, D.; (2000) “Comunicar para la salud”. Comunicación, Universidad y Desarrollo, La Plata, Colección Investigaciones de la Plangesco Nro. 1, FPyCS, UNLP.
- SPINELLI, H.; (2010) “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. Salud colectiva Vol 6, N° 3, pp- 275-293. Buenos Aires.
- MENENDEZ, E.; (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires. Pág. 451-464.
- PETRACCI, M. Y WAISBORD, S. (Comps.); (2011) “Comunicación y salud en Argentina”. La Crujía, Buenos Aires.
- DANIELA PAOLA BRUNO. “Comunicación y Políticas Públicas en la Argentina Posneoliberal”. Propuestas para una práctica profesional políticamente situada. Universidad Nacional de La Plata/Universidad de Buenos Aires. Artículo ISSN 1669-6581 Question – Vol. 1, N.º 34 (Otoño 2012).
- Ministerio de Salud de la Nación. 2010. “Abordaje teórico prácticos de comunicación en el campo de la salud.” Documento elaborado por la Coordinación de Información y Comunicación Pública. Documento de trabajo. No disponible en línea.
- MOSQUERA, MARIO (2003). Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. [www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera\\_2003.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf)
- ROVERE MARIO, “Planificación estratégica de recursos humanos en salud. OPS. 2006.
- ALARO MARIA ROSA. “Culturas Populares y Comunicación Participativa: En la Ruta de las Definiciones.” En: Memorias Foro Internacional ¿Participación Social en los Medios Masivos? Canales Regionales y Sociedades Urbanas. Gráficas Pardo. Universidad Minuto de Dios. Bogotá. 1999.

- BARBERO MARTIN, Jesús; Oficio de Cartógrafo. Travesías latinoamericanas de la comunicación en la cultura. Fondo de Cultura Económica. Santiago de Chile, 2002.
- WAISBORD SILVIO (s/f); Árbol genealógico de teorías, metodologías y estrategias en la comunicación para el desarrollo. Fundación Rockefeller, Mimeo.
- DEL CURA, I. y LÓPEZ GARCÍA-FRANCO, A. (2012). La medicalización de la vida: una mirada desde la atención primaria. En Revista Atopos. Salud mental, comunidad y cultura N° 7
- SPINELLI, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. En Revista Salud Colectiva Vol. 6, N° 3, pp. 275-293.
- ROVERE, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate En Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, Vol. 36, N° 94.
- DIAZ, H. y URANGA, W. (2011) Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud. Vol.1, n° 1.
- ALFARO MORENO, Rosa María (1988) ¿Participación para qué? Un enfoque político de la participación en comunicación popular. Diálogos N22.
- ALFARO MORENO, Rosa María (1993) La comunicación como relación para el desarrollo. En Una comunicación para otro desarrollo. La Calandra, Lima
- DAGRON, Alfonso Gumucio (sin referencia) Comunicación para el cambio social: el nuevo comunicador.
- URANGA, Washington (2011) “Políticas Públicas” publicado en Página 12, 9 de febrero de 2011.
- MAGAROLA, Oscar (2004) Una aproximación al fenómeno de la Comunicación Comunitaria. Documento de Cátedra. TAO Comunicación Comunitaria. Facultad de Ciencias Sociales. U.B.A.
- DAGRON, Gumucio (2005) “La visión estratégica y participativa que irrita al poder”. Disponible en: [www.communicationforsocialchange.org](http://www.communicationforsocialchange.org) Mazi n°2.
- DAGRON, Gumucio (2004) “El cuarto mosquetero: La comunicación para el cambio social” en Investigación y Desarrollo vol. 12, n° 1. Disponible <http://www.mundourbano.unq.edu.ar/index.php/ano-2002/55-numero-17/82-2-articulacion-negociacion-concertacion>
- KAMINSKY, Gregorio (1990) “Sagas institucionales”, en *Dispositivos institucionales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- KAMINSKY, Gregorio G. (1990) Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- SOUZA CAMPOS, Gastón Wagner (2001). Gestión en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sousa Campos. (2001). Gestión en Salud. defensa de la vida. . Buenos Aires: Lugar Editorial.
- UNICEF y MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2016, Situación de la Salud sexual de las y los adolescentes en Argentina.
- MINISTERIO DE SAU DE LA NACION, 2014. Boletín de Salud Sexual y Reproductiva.
- DIRECCIÓN DE SIDA Y ETS. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Situación de los Niños, Niñas y adolescentes con VIH en Argentina.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. Programa Nacional de salud Sexual Integral en la Adolescencia. Guía de recomendaciones para la atención en salud sexual integral en la adolescencia.

## **Anexo:**

### **Entrevista médicas Posta Sanitaria Plomer**

#### **Lugar: Posta Sanitaria, Plomer, Provincia de Buenos Aires**

*La entrevista fue pautada con unas dos semanas de anticipación. Acordamos encontrarnos en el horario del mediodía que es cuando la demanda de atención merma. El día estuvo lluvioso por lo cual no hubo mucha gente en la sala y la entrevista comenzó en el horario pautado.*

*Plomer es una comunidad rural que pertenece a General Las Heras, se accede por la Ruta 40, desde hace tres años, con el arreglo de la misma se realizó el acceso doble mano lo que le dio a la localidad una mejora importante.*

*Frente a la plaza se encuentra el jardín y la escuela primaria, a una cuadra un SUM que funciona como lugar de atención para desarrollo social, Pami, Anses que realizan operativos de atención mensuales. Pegado al Sum está la sala. Más allá y más acá casita, algún almacén pueblerino, la vieja Estación de Trenes y campo mucho campo.*

*En la puerta de la sala se encuentran los horarios de atención que resisten a la lluvia de la mañana.*

*La sala es una casa con varias habitaciones, cuenta con una pequeña recepción con sillas grandes y pequeñas. En las paredes hay dos carteleras con información de horarios, programas disponibles e información preventiva.*

*La sala tiene dos consultorios y una pequeña sala donde se encuentra la enfermera que es quien recibe a las personas, inicia las historias clínicas, toma la presión, asesora sobre días y horarios de atención. Las personas que ingresan van directo a esa puerta, golpean y ella se para recibirl@s.*

*De las otras dos puertas que se encuentran enfrentadas salen y entran las médicas de la sala. Van y vienen buscando algo de enfermería para volver a la consulta, previo saludo a los pacientes que las esperan.*

*Terminamos con “ellos” dice Cristina y arrancamos con la entrevista.*

*Y así fue, pasada las 12 del mediodía arrancamos. La entrevista la hicimos en uno de los consultorios, Cristina se sentó sobre la camilla y Jesica detrás de un pequeño escritorio. A Cristina la conozco por mi trabajo en el Servicio Local, hemos articulado varias veces para la atención de adolescentes del taller que coordino para esta institución. A Jesica la conozco hoy por primera vez, se sumó hace unos meses como residente.*

## ¿Quiénes son y como llegan a la Unidad Sanitaria de Plomer?

CG Soy médica especialista en medicina general y familiar. Pertenecemos al Hospital Sommer, donde hice la residencia que es mi especialidad y una vez que terminé la residencia me contrataron como médica de planta y venimos a trabajar a la sala de Plomer.

Llegamos acá por una necesidad que había visto mi jefa en el año 2007. Al ser una población pequeña que en ese momento no tenía tanta accesibilidad como hay hoy con el acceso de la ruta, y que nosotros nos formamos en atención primaria de la salud como primer nivel de atención, decidimos venir acá a la salita. Nosotros como médicos generalistas atendemos en el primer nivel de atención, nos formamos en las patologías más frecuentes y en controles de salud ya sea de niños, adultos y de todo lo que tiene que ver con ginecología, es decir podemos abordar la mayor parte de las patologías más frecuentes de la población desde el primer nivel de atención.

A su vez nosotros acá tenemos residentes que vienen acá a formarse, rotan con nosotros para justamente ir capacitándose en lo que justamente es el primer nivel de atención.

La residencia que nosotros hacemos es una especialidad más dentro de la carrera de medicina.

JB residente de segundo año de medicina general del Somer y agrega...

Nosotros entramos dentro del área programática del Hospital Sommer, si bien estamos en poblaciones como Plomer o La choza que pertenecen a General Las Heras y no son territorio propio de General Rodríguez que es donde está el hospital Sommer, los abarca como área programática el Sommer por cercanía toma tanto Plomer, como La Choza y otras posta de salud de Rodríguez.

...¿Cuanto hace que están trabajando en la Unidad Sanitaria?

CG: Como área programática estamos desde el 2007, yo particularmente desde el 2015 y Yesica desde junio de este año.

¿Cómo está conformado el equipo medico de la unidad?

CG: Tenemos un equipo interdisciplinario, que venimos acá los días viernes por lo general ese días somos médicos generalistas y residentes además de la enfermera y el ambulanciero.

Después dos lunes por mes vengo yo acá con una nutricionista y una psicóloga. Y después forman parte del equipo del área programática en caso de ser necesario una trabajadora social y una psicóloga social en caso de que surja un emergente podemos consultarlo con ellas, pero no están permanentemente.

¿Cuál es el trabajo que hacen desde la unidad sanitaria?

Además de hacer el abordaje de lo emergente, tos, moco y demás, también tenemos mucho lo que es promoción de la salud. Tratamos de trabajar con la comunidad con poca asistencia (nos cuesta), pero hacemos planificación de talleres y a su vez estamos haciendo un trabajo con la escuela que lo planificamos a principio de año, de todo lo que tiene que ver con prevención y cuidado de la salud, autocuidado, salud sexual.

Tenemos como varias temáticas que trabajamos con los nenes de la escuela, que fue planificado en conjunto con los docentes para abordar ciertos problemas que tal vez eran importante trabajarlos con los nenes. Las maestras desde su trabajo cotidiano vieron que era importante trabajar algunos temas, y se planificaron los talleres, por lo general vamos los viernes a la tarde después de atender a la mañana y hacemos los talleres a la escuela.

Además tenemos estipulados controles de salud, controles de niños una vez al mes, controles de mujer y de adulto. En mujer incluimos control de embarazo, siempre y cuando sea un embarazo de bajo riesgo. Entonces el objetivo es acompañar a la población, empoderarla en el cuidado de su salud, desde el cuidado y el control de salud y tratar los emergentes que van surgiendo (diabetes, hipertensión, etc.) y darle las herramientas para que ellos puedan autogestionar su propio cuidado.

### **¿Cuales son las características de la población que viene a atenderse a la unidad?**

Es más que nada población rural, muchos viven en la parte mas urbana de Plomer y también nos vienen a ver desde Lujan, Villars, Las Heras, Marcos Paz. Es muy variada la población en cuanto a edades, vienen chicos, adolescentes, mujeres, hombres.

Ahora estamos teniendo bastantes adolescentes que se están acercando, no se si es que se corre la bola de que los atendemos, pero estamos teniendo bastantes consultas.

Además acá tenemos mucha disponibilidad de métodos anticonceptivo (diu, implantes, pastillas, preservativos), y sabemos que en otros centros de atención del municipio a veces la accesibilidad cuesta, entonces creo que se va corriendo la bola. Por ahí vienen dos o tres chicas juntas, y se charla todo lo que es planificación familiar, y tratamos de enseñarles, de sacarles las dudas y que ellas decidan cual es el mejor método para cuidar su salud.

Quizás lo que nos cuesta, o nos cuesta que nos vengan a ver son los adolescentes varones. Vienen pero por demanda espontánea, entonces vienen porque les duele la rodilla, tienen tos, dolor en el pecho, pero particularmente a hablar de algo puntual en relación a su salud sexual, es difícil.

Cuando llegan nos interesa saber como llegan, porque a veces no son de Plomer. Nosotros estamos obligados a llenar una ficha, donde ponemos, nombre y apellido, dni, de donde vienen y el diagnóstico, y en una primera atención además de abrir una historia clínica y ponemos los datos filiatorios, por lo general cuando nos dicen soy de Villars, le preguntamos como llegaste acá? Porque tengo un conocido, un amigo, algo y ahí nos enteramos un poco para saber como corre la información de que nosotros estamos acá.

### **¿Detectan referentes válidos para el acompañamiento con quienes puedan hablar temas relacionados con su salud sexual?**

Depende mucho de los casos, hay chicos que tienen muchas herramientas o a veces no y vienen acá buscando eso en nosotros. Algunos adolescentes están más armados y tienen

más herramientas y tenés otros que están más desamparados, por decirlo de alguna manera, que desconocen las formas de cuidar su salud.

Igual desde que está la ley de ESI en la escuela lo suelen trabajar, al menos en la escuela de Plomer sí, tienen el módulo de ESI entonces llegan con algo de información.

Por ahí si vienen de otros lugares, depende. Esto no quita que haya chicos que tienen la información y están llenos de dudas y tratamos de brindarle el espacio para que consulten lo que quieren saber, pero siempre les dejamos en claro que las puertas de la sala siempre están abiertas para cuando quieran venir y que si son mayores de 14 años no es necesario que vengan acompañados, si quieren venir solos pueden hacerlo es un derecho.

Si tuvieramos que pensar en un protocolo, formal o informal, ¿cual es el que existe en relación a la atención de adolescentes?

Adolescente que viene, adolescente que se atiende.

No hay una barrera. Si viene a consultar se abre la puerta y se lo atiende. Y si viene fuera de horario, igual se lo hace pasar, nunca se le dice vení otro día. Porque para nosotros es un oportunidad pérdida. Sabemos que es muy difícil que un adolescente se acerque a un centro de salud porque el sistema de salud con ellos suele ser eyectivo, entonces nosotros siempre tratamos de escucharlo y recibirlo como primera instancia.

En cuanto a una práctica concreta por ejemplo, ponerse un diu, un chip la lógica es tenemos chip ponemos chip, no tenemos en ese momento bueno te llamo y cuando llegan lo hacemos. Si tenemos todo en el momento y cumple con las condiciones se lo podemos poner en el momento lo resolvemos ahí. Pasa que no siempre suele ocurrir, particularmente con lo que tiene que ver con diu e implantes, a veces no tenemos el recurso y tenemos que recitarlos.

### **¿Como es el tema de los recursos?**

Lo articulamos con el hospital Sommer, la gran mayoría de los recursos de planificación familiar viene del Sommer. Ampollas, gasas, algodón, el hospital de Las Heras nos brinda insumos.

### **Me dijiste que es difícil que vengan varones a la sala ¿pero que pasa cuando llega como lo abordan?**

Sobre salud sexual, consultan poco, nosotros aprovechamos la consulta para hacerles preguntas, si tienen pareja? Si conocen el preservativo? Si lo saben usar? Pero lo hacemos cuando viene por cualquier otra consulta. Aprovechamos porque viene que le duele la cabeza y de paso solemos hacer preguntas relacionadas con su salud sexual.

Aprovechamos cualquier intervención para hablar estos temas, porque no hacen preguntas espontáneamente. Cada ocasión, cada vez que ponen un pie en la sala es una oportunidad para estimular el cuidado de la salud. Y también a pesar de que la mayoría son mujeres, y que son las que más consultan sobre planificación familiar, se les habla sobre las enfermedades de transmisión sexual se les explica que el único método es el preservativo y les enseñamos a ellas a colocarlo, porque queremos que ellos sepan usarlo para que se puedan cuidar.

Pero que venga un hombre, o un adolescente varón a hacer una consulta así es excepcional.

En relación a los embarazos y ETS hay muchos mitos, pero no solo en los chicos, también en los adultos. Por ejemplo las consultas de gente grande que no sabe usar un método anticonceptivos. Los adultos tienen más prejuicios, los chicos tienen otra impronta. Los chicos tienen más disponibilidad de información en la escuela, en Internet, con pares, con hermanos, folletos. Depende mucho de la edad que tiene, algunos viven en el medio del campo, no tienen Internet, no pueden venir mucho al colegio porque no pueden salir cuando llueve, y esos tienen menos información. Pero de 30 para abajo manejan mucha información tienen algún que otro prejuicio o mitos y hay que trabajar para desterrarlos.

Pero la gente mayor de 40 y pico que se separó o enviudó y se encuentran con un mundo totalmente diferente al que cuando eran jóvenes. Quieren iniciar otra relación nueva y se encuentran con que tienen que usar un preservativo y no saben o nunca lo usaron y se acercan con mucha dificultad a consultar porque estamos hablando de personas muy estructuradas. Pero así y todo se acercan y consultan. Toda esa generación tiene menos información que los chicos jóvenes. Sabemos que hay embarazos y hay ETS, pero no se si es por falta de información, en cada caso es particular, hay mucho de proyecto de vida, y es para mí más una cuestión social y cultural que de falta de información.

Muchas veces vienen adolescentes diciendo que quedaron embarazadas tomando pastillas, es decir accedieron al método pero por ahí sin la información suficiente. En eso la falla o el error es humano, lo mismo con el uso del preservativo. Te doy el preservativo pero nunca te pregunte si sabes usarlo, cuando te lo tenés que poner... y muchas veces los adolescentes compran sus métodos anticonceptivos en la farmacia y eso se nos escapa, acceden sin pasar por el sistema de salud.

En relación a los proyectos de vida a lo mejor a nosotros como adultos nos cuesta aceptar que muchos tienen como proyecto de vida ese hijo que es como su manera de tener algo propio. Y muchas veces, tiene 15 16 años y están embarazadas y están chochas. Dentro de nuestro esquema mental se nos escapa y decimos bueno, pero hay otras posibilidades, y tenemos que aprender que a veces ellos no quieren otra cosa, y tenemos que acompañarlos porque es su elección. Dar hasta donde quieran recibir y respetar eso.

¿Como es la articulación con otras US u hospital?

Articulamos puntualmente con Servicio Local en lo que es la promoción de la salud de adolescentes. Con Desarrollo social que vienen acá al lado a entregar mercadería. Con salud, no.

Jamás se articuló. Si tenemos alguna situación que requiera alguna intervención por fuera o articulamos con General Rodríguez, o con Sommer que nos conocen y saben como trabajamos y conocen cuales son nuestros criterios.

## **Entrevista efectores de Salud Hospital Municipal Dr. Pedro Arrozarena**

### **¿Cuál es tu formación y como llegaste a formar parte del Servicio Social del Hospital?**

Soy Operadora en Psicología Social actualmente estoy cursando el tramo de Psicología. Entro al Hospital a partir del programa Médicos Comunitarios y de la necesidad del Servicio Social del Hospital de incorporar personal a este sector. El servicio social solo tenía una TS entonces nos acoplamos a trabajar con ella.

### **¿Quienes forman el equipo social:**

Hay dos trabajadoras sociales, y yo que soy Psicologa Social. Funciona todos los días de 7 de la mañana hasta las 13 Hs. pero hacemos una “guardia pasiva” para situaciones que ameriten la intervención del equipo por eso el teléfono está pegado en admisión y en guardia.

Estamos trabajando con los profesionales, para que en caso de que surja alguna situación que necesite de nuestra intervención nos llamen, lo logramos con dos médicos que cuando es una situación social la que ingresa, nos llamen. A que llamamos “casos sociales”: intentos de suicidios, que en adolescentes hay un montón. Tenemos una estadística muy alta para la cantidad de habitantes de Las Heras, entran con intoxicación por ingesta de pastillas, intentos de ahorco, bueno frente a esas situaciones queremos que nos llamen, porque hay todo un protocolo que hay que cumplir y por ahí el médico de guardia que vino de trabajar de otro hospital, no tiene ni idea que el protocolo existe, entonces atiende la situación de salud y listo. Porque por ahí en los otros hospitales esto está super aceitado y ni se entera que además de él intervinieron otros. También intervenimos en casos de abuso sexual, violencia, frente a esa presunción que tiene el médico, logramos que nos llamen.

La ultima situación una chica de 17 años que ingresa ella decía con un fuerte dolor en la espalda, un ardor, que en realidad eran contracciones, estaba embarazada. Cuando vi a la chica, conocía la historia familiar, por mi trabajo anterior en el Servicio Local, y pude entender porque si sabía no lo contó, o porque no se enteró que estaba embarazada. El bebé nació, por suerte salió todo bien porque nosotros no tenemos maternidad, acá en el hospital no nacen bebes, nace si llegan ahí a punto de nacer y no se llega a trasladar.

### **...¿Cual es la población que llega al hospital?**

La gente entra por dos vías, admisión o guardia. Nosotros estamos más cerca de la admisión, el hospital es chico y eso tiene ventajas y desventajas. Por ejemplo nosotras vamos al libro de turnos anotamos a la persona, le ponemos servicio social entre

paréntesis y después nos bancamos la puteada. En cambio la gente que entra por guardia a nosotros se nos despinta, salvo que el médico de guardia nos llame.

Hoy por ejemplo entró un nene diabético que estaba descompensado y nos llamó, el nene no se estaba inyectando la insulina, tiene toda una conflictiva familiar que lo lleva a eso, entonces el médico nos llamó, el nene quedó internado, hablamos con el papá porque la idea es que en el corto plazo arranque un tratamiento. Muchos psicólogos nos orientan para que previo al ingreso al tratamiento nosotras desde el equipo social podamos hacer una contención previa. En este tipo de situación los tratamientos los coordinamos desde el servicio social. Esto de la contención tiene que ver con estar cerca de la situación con visitas o llamando a entrevista para ver como está la situación hasta que logramos el turno con el psicólogo.

### **...¿Que características tiene la población que llega al hospital?**

Son familias que en general están siendo acompañadas por otras instituciones, teniendo en cuenta que yo tengo esa experiencia de trabajo previa te puedo decir que ya hay intervenciones de otras instituciones. Las edades abarcan todas, desde las que van con sus hijos al vacunatorio hasta adultos mayores. Las familias en general son siempre las mismas y viene mucha gente de las zonas rurales.

Desde el programa PROSANE vamos todos los viernes a las escuelas rurales, Las Heras es re amplio en cuanto a territorio pero el casco urbano es chico. Las familias del campo muchas veces no sabe el tema de las vacunas, si las tiene, cuales le faltan, si tiene caries hasta que no se le caen los dientes nada, entonces vamos a las escuelas y hacemos un examen físico al alumno de esa escuela con autorización de los padres, y aquellos que necesiten de una intervención con médicos por alguna cuestión particular los traemos, para que lo vean médicos específicos según las necesidades, porque hay muchas especialidades que tienen atención en el hospital y pasan desapercibidas.

### **Qué pasa con la población adolescente, entre 12 y 18 años, van adolescentes?**

Se ve mucho menos, a los 11 se le da la vacuna del hpv acompañado de la familia, nunca va solo porque en el hospital funciona este criterio, este paradigma de que si es menor de edad no se le hace ninguna práctica.

Los que van, van para pedir contención, pero a nosotros se nos está escapando. La otra vez nosotras habíamos salido a hacer una visita, cuando llegamos me dice la de admisión que *se acaba de ir una chica que pretendía que le demos un evatest para que se haga. Se fueron con el novio, que era mucho más grande que ella, y le dijimos que no se lo dábamos porque era menor de edad y tenía que venir acompañada de la madre. Y me dice: se acaba de ir, si corres la agarras en la plaza. La alcancé a unas cuadras y cuando la veo me pregunto qué hago? La paro en la calle? Y si, frené el auto y le expliqué que era del servicio social del hospital me contaron que fuiste y que necesitabas ayuda y me la traje de nuevo al hospital.*

Entonces, cuando un adolescente entra por admisión y ahí la indicación es que para que te demos un test de embarazo tenés que venir con un adulto. Pero también es cierto que la indicación depende de quién está en ese momento en admisión.

Hace muy poquito tuvimos una reunión interna, donde el asesor de salud propone que todo pase por admisión. Porque el hospital se va a modificar en estructura y la idea es que la admisión sea la cabeza del hospital, entonces yo planteo en esa charla que necesitamos que esa persona sepa distribuir a las personas que llegan: hoy la atención es bastante difícil por los modos, por los tiempos de espera, por que se termina expulsando a quien entra a buscar una respuesta. Entonces conté esta situación, y me dijeron que la idea es capacitar a los empleados, porque si esta persona hubiera caminado 20 metros más hasta farmacia le hubieran dado el evatest. Pero se quedó con lo que le dijeron en admisión. Entonces la puerta de entrada son tres administrativas, colapsadas en sus tareas, porque recepcionan todas las entradas, buscan historias clínicas, llenar planillas, pero el paciente no tiene la culpa.

**...¿En el caso de un adolescente que pide asesorarse sobre cuestiones de salud sexual, la entrada es esa admisión?**

Si.

**...¿Cuál es la respuesta que recibe?**

Esto no sucede, no van adolescentes con este pedido. Pero hoy en día es muy probable según quien la recepcione, que nos busque a nosotras, o la va a derivar con las obstetras, que son las que trabajan planificación familiar. Contamos con dos obstetras que controlan los embarazos y hacen un asesoramiento con esas pacientes después que tienen sus bebés.

**Que profesionales atienden?**

Dos obstetras y una Ginecóloga

...Pero supongamos que yo no estoy embarazada sino que quiero informarme porque estoy arrancando mis experiencias sexuales y quiero saber cuál es el mejor método anticonceptivo para mí, o ya tuve relaciones y tengo alguna molestia siento algo raro.

En realidad eso no lo cuenta en recepción, viene y pide un turno en admisión con una ginecóloga.

**...Se lo dan?**

Si. Pero en general esos turnos los saca la mamá. Que es la que acompaña o una hermana mayor. Pero no pasa demasiado, cuando van es porque la mamá la lleva porque quiere una consulta con una ginecóloga.

El otro día hubo una situación de una chica de 13 años que se fue a Moreno, faltó dos días de la casa y volvió y blanqueó que había tenido relaciones y no se había cuidado. Le indicamos el kit de emergencia, dos días después, la pastilla del día después que no quería tomar, entonces nos sentamos y le explicamos porque era importante que recibiera esa medicación, y era importante que pudiera adherir al tratamiento con el resto de las medicaciones preventivas. Pero tuvimos suerte que la recepcionamos desde el equipo, porque si esta situación llega por guardia, la chica se niega a recibir el kit de profilaxis y se va a la casa. Entonces nos llegan casos cuando ya paso algo extremo.

Las chicas no van y cuando van ya estamos hablando de un rango de 22 a 25 años. Cuando son menores de edad tiene que ir con un mayor. Esta instalado que no puede atenderse a menores de edad en los consultorios solos.

**...¿Crees que hay un conocimiento de los marcos legales que garantizan la atención?**

Yo creo que hay un desconocimiento completo, pero aparte hay una resistencia. Vos calculá que hay personas que están hace 30 años trabajando ahí y siempre trabajaron así entonces los cambios cuestan. La suerte que contamos es que las obstetras son mujeres y son copadísimas, pero ellas no dan los turnos. Las que llegan reciben la información porque son atendidas, pero las que no llegan porque no se les da el turno quedan afuera.

Ahora hay una nueva política de que el “*a mí no me corresponde*” no existe o no se puede, hay que buscarle la vuelta. Entonces como estamos queriendo instaurar esa política creemos que van a intentar buscarle la vuelta, la idea es que no den un no como respuesta y que haya alguien que escuche y contenga. Los folletitos están todos en mesa de entrada, pero a lo mejor la piba no quiere leer un folleto quiere otra cosa, también tienen acceso a preservativos, pastillas del día después, anticonceptivos orales, hay inyecciones, parches, chip, hay de todo adentro del hospital pero a veces pasa por escuchar, que ella entienda que con tal o cual método esta cuidando su salud.

Entonces previa entrevista, esa ginecologa con tu historia de vida, con tus necesidades y demás te asesora y te propone cual es el método más conveniente.

**...¿Ahora a eso llego si voy acompañado de un adulto?**

Ahora que nos fuimos ganado un lugar como Servicio Social, cuando vienen en general o vienen embarazadas o con algún síntoma de algo, pero muchas veces nos llaman por ejemplo del servicio local y nos dicen quieren o necesitan tal o cual cosa pero no hay adulto, entonces acompañamos nosotras. El otro día el del laboratorio no le quería sacar sangre a una chica y fuimos a hacernos cargo como servicio social de acompañarla

**Qué pasa con los varones?**

Es más difícil.

**¿Cómo accede un varón a sus derechos sexuales y reproductivos?**

Lo que es información está. Pero a nivel general de todas las secretarias, siempre se trabaja sobre la problemática nunca para prevenir. También porque en el servicio social somos tres, hay días que como entras y te paraste y te sentaste y se fue el día, o también te surgieron cosas y el día se fue complicando para hacer algo de promoción. La doctora quiere armar un espacio para hacer charlas para las chicas, si a la tipa le das el espacio te hace las charlas. Porque le preocupa la cantidad de chicas que vienen pero ya te digo siempre pensado para las mujeres, para los varones más que el preservativo en la guardia que tenés el dispenser no hay. No hay demanda. No está ni la oferta ni la demanda. Muchas veces viene alguna chica, como el caso que te cuento del evatest y viene con el novio, que era más grande que ella y quería informarse. Pero si llega solo no hay nadie que lo reciba. Pero si me hiciste caer la ficha que esta todo pensado para la mujer. Pero no está la oferta ni la demanda.

También ahora tenés la ley de ESI y los chicos reciben información en las escuelas, pero esto depende de cada escuela, cual es la impronta que le dan, y cuantos chicos no siquiera están dentro de la escuela. Y en el caso de las chicas las consultas son impulsadas por la madre, no es que la chica viene al hospital porque tiene ganas, los pibes quieren experimentar y tener relaciones.

### **¿Hay un protocolo?**

La población que vos me preguntas, generalmente vienen siempre acompañados de un adulto, la atención siempre va acompañada de un mayor de edad, excepto las obstetras que si atienden, el seguimiento del embarazo. Pero para otro tipo de consultas es conveniente que sean acompañadas por un adulto. Es un poco informal el protocolo, porque hay médicos que conocen la ley y los van a atender sin ningún temor, estoy segura porque además son profesionales que vienen de otros hospitales donde ya están más avanzados y dinámicos entonces saben que están cubiertos por la ley, ahora el médico más estructurado que generalmente es el médico de guardia no te la va a atender entonces es más complicado, porque no todos los médicos tienen el mismo criterio de atención.

Protocolo formal debe haber pero debe ser viejo, y las leyes cambiaron y necesariamente te obligan a cambiar tus criterios de atención. La institución es el personal, y vos te vas moldeando a esas reglas y los parámetros en los que vos trabajas y hay que entender que vos tenés hasta acá para hacer. A mí me pasa muchas veces que me encuentro atada. Por suerte en la dirección hay apertura y bajan un toque de línea del que a mí no me corresponde no existe, y también un poco pasa esto de que ahora como servicio social nos terminamos transformando en las representantes legales de todos los pibes que van al hospital. Una chica de 16 años que venía a hacerse una curva de glucosa del medio del campo no se la querían hacer, la doctora que la atendió no lo podía creer, pero el del laboratorio no le quería hacer el análisis porque le corresponde otro jefe y te dice no me dejan hacerlo, además del maltrato al paciente. Porque te dice delante de la chica, “si se descompone es tu culpa”, y por supuesto la chica se descompuso y el me responsabilizó. Pero la verdad es que si yo tengo 16 años, vengo del medio del campo, embarazada a hacerme un análisis por primera vez, tengo incertidumbre porque vivo en el medio del barro y no se cómo voy a salir del campo cuando me descomponga y voy al hospital donde deberían contenerme y atender mi salud y me encuentro a un tipo que me maltrata y si es muy probable que me descomponga. Estas cosas se están tratando de limar, y una dirección que te banca en estas contradicciones, porque uno se manda pero nosotros como equipo social tampoco tenemos protocolo.

Entrevista a Médicos Generalistas/ Comunitarios Hospital Sommer.  
Lugar: Posta Sanitaria Plomer / Hornos

La siguiente es una entrevista diseñada para conocer experiencias de atención en salud de jóvenes y adolescentes en la comunidad de General Las Heras. Los datos que surjan de esta entrevista serán analizados en clave de diagnóstico y formarán parte del desarrollo de mi Trabajo Integrador Final correspondiente a la Especialización en Comunicación en Salud de la Universidad de La Plata.

En virtud a lo anterior, se le agradecerá de forma muy especial la colaboración a la hora de responder las preguntas. Los datos que se expongan a lo largo de la misma, serán tratados con discreción y responsabilidad y únicamente con los fines descriptos.

1. ¿Quién es?
2. ¿Cuál es su formación?
3. ¿hace cuanto trabaja en la posta sanitaria?
4. ¿Cómo llegó a este lugar?
5. ¿Cuáles son los horarios y días de atención?
6. ¿Cuál es el trabajo que lleva adelante dentro de la comunidad?
7. ¿Cómo es la población que atiende? ¿Qué características tiene?
8. ¿Son frecuentes las consultas de jóvenes en las unidades sanitarias?
9. ¿Cómo llegan?
10. ¿Traen alguna información previa en relación a métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual? ¿a partir del intercambio y la charla con los jóvenes puede detectar referentes válidos para los adolescentes a la hora de hablar sobre su sexualidad?
11. ¿Cuando surge una consulta con un adolescente cuál es el protocolo de atención que se realiza desde las postas sanitarias?
  - a. ¿la enfermera informa los días de atención de médicos que puedan abordar sus inquietudes? ¿Cómo se da respuesta a las consultas sobre salud sexual y reproductiva en el caso de los varones? ¿Necesitan venir acompañados? ¿Por quienes? ¿necesitan traer alguna documentación? ¿Cómo es el asesoramiento y la entrega de métodos anticonceptivos? ¿cuentan con recursos propios o tienen que articular con áreas del hospital municipal?



Entrevista a médicos/as Ginecólogos del Hospital Municipal Dr. Pedro Arozarena

La siguiente es una entrevista diseñada para conocer experiencias de atención en salud de jóvenes y adolescentes en la comunidad de General Las Heras. Los datos que surjan de esta entrevista serán analizados en clave de diagnóstico y formarán parte del desarrollo de mi Trabajo Integrador Final correspondiente a la Especialización en Comunicación en Salud de la Universidad de La Plata.

En virtud a lo anterior, se le agradecerá de forma muy especial la colaboración a la hora de responder las preguntas. Los datos que se expongan a lo largo de la misma, serán tratados con discreción y responsabilidad y únicamente con los fines descriptos.

**Preguntas:**

1. ¿Quién es?
2. ¿Cuál es su formación?
3. ¿Hace cuanto trabaja dentro del Hospital?
4. ¿Cómo llegó a este lugar?
5. ¿Cuáles son los horarios y días de atención?
6. ¿Cuál es el trabajo que lleva adelante?
7. ¿Cómo es la población que atiende? ¿Qué características tiene?
8. ¿Cuántos adolescentes recurren a verla/o? ¿Cómo llegan? ¿vienen derivados desde alguna institución/llegan espontáneamente?
9. ¿Cuáles son las principales consultas que hacen los adolescentes?
10. ¿Traen alguna información previa en relación a métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual? ¿a partir del intercambio y la charla con los jóvenes puede detectar referentes válidos para los adolescentes a la hora de hablar sobre su sexualidad?
11. ¿cómo son las experiencias de atención con adolescentes? ¿cuáles son los obstáculos que encuentra?

**Encuesta Adolescentes Escuelas secundarias**

Nos interesa saber a quienes o donde recurrís cuando necesitas información sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Esta encuesta solo te llevará unos minutos y tus respuestas son totalmente anónimas.

Gracias por tu tiempo!

**1. Edad:**

**2. ¿A dónde/quienes recurrís cuando necesitas informarte sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual?**

- a. Padre/madre
- b. Hermanos mayores
- c. Docentes
- d. Amigos
- e. Hospital
- f. Internet

**3. ¿A dónde recurrís para conseguir métodos anticonceptivos?**

- a. Farmacias
- b. Hospital
- c. Puestos fijos de bares públicos
- d. Otros

**4. ¿A dónde consultas cuando tenés una molestia/síntoma relacionado con enfermedades de transmisión sexual?**

- a. Hospital
- b. Médico ginecólogo/a privado
- c. Internet
- d. Otros

### **Consentimiento Informado encuesta:**

Me encuentro realizando el Trabajo Integrador Final correspondiente a la Especialización en Comunicación y Salud de la Universidad Nacional de La Plata titulado: Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes, una experiencia de Comunicación en Salud para (re) pensar los modelos de atención desde lo territorial.

Por este motivo solicitamos participar de la encuesta que será realizada por la autora de la investigación dentro del horario escolar. La encuesta es anónima y los datos relevados serán tratados en forma confidencial y utilizados con los fines descriptos.

Si accede a participar, solicitamos firme al final de esta página.

### **Declaración de consentimiento:**

**He leído la información contenida en este formulario. Consiento voluntariamente participar de la encuesta y a través de ella en el Trabajo Integrador. He comprendido que mi participación consiste en responder las preguntas de la encuesta y que los datos relevados serán tratados confidencialmente y con los fines descriptos.**

SI, acepto participar

Firma

NO, acepto participar

Firma

### **Consentimiento Informado entrevistas:**

Me encuentro realizando el Trabajo Integrador Final correspondiente a la Especialización en Comunicación y Salud de la Universidad Nacional de La Plata titulado: Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes, una experiencia de Comunicación en Salud para (re) pensar los modelos de atención desde lo territorial.

Por este motivo solicitamos participar de la entrevista para conocer los modelos de atención vigentes dentro del municipio de General Las Heras, que será realizada por la autora de la investigación. La entrevista será desgravada y citada en forma anónima y la información relevada será tratada en forma confidencial y utilizada con los fines descriptos.

Si accede a participar, solicitamos firme al final de esta página.

### **Declaración de consentimiento:**

**He leído la información contenida en este formulario. Consiento voluntariamente participar de la entrevista y a través de ella en el Trabajo Integrador. He comprendido que mi participación consiste en responder las preguntas de la encuesta y que los datos relevados serán tratados confidencialmente y con los fines descriptos.**

SI, acepto participar

Firma

NO, acepto participar

Firma

### **Autorización utilización de registro fotográfico**

Por la presente autorizo la reproducción de imágenes de los talleres y actividades grupales en los que ha participado mi hijo.a

.....  
a los fines de ser adjuntadas como portada y anexo al trabajo de investigación Final correspondiente a la Especialización en Comunicación y Salud de la Universidad Nacional de La Plata titulado: Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes, una experiencia de Comunicación en Salud para (re) pensar los modelos de atención desde lo territorial.

Firma

Aclaración

DNI