



**Universidad de Chile**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Postgrado  
Programa Magíster en Psicología  
Mención Psicología Comunitaria

**EL ABORDAJE SANITARIO DEL EMBARAZO PRECOZ  
Y LA MATERNIDAD TEMPRANA.  
PERSPECTIVA DE LOS OPERADORES DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD  
DE JARDINES DEL HIPÓDROMO DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Comunitaria

Alumna: MARÍA MARTINA SILVA LAGUARDIA  
Profesor Guía: Loreto Leiva Bahamondes

Santiago de Chile 2012

## AGRADECIMIENTOS

---

Considero pertinente en esta oportunidad, reconocer al MSP y su prestador público por haber autorizado el desarrollo de este estudio. A los diversos profesionales que participaron, brindando su tiempo y asesoramiento para colaborar con el trabajo que se pretendía desarrollar. Especialmente al equipo asistencial del Espacio Adolescente del centro de salud de Jardines del Hipódromo, Fernanda Menthol (A.S.S.E.), y Marinés Figueroa (M.S.P.).

El trabajo que se presenta fue resultado de un intenso y exigente proceso de aprendizaje compartido con un grupo de personas a los cuales deseo agradecer por su generosidad y compañerismo. A la generación 2010 del Magister en Psicología, mención Psicología Comunitaria con quienes compartimos el entusiasmo, las dudas, los aciertos y las reflexiones que nos fue brindando nuestro magister. Rocío, Cecilia, Cristian, Francisco, Jaime, Mauricio, Patricia, Carlos, Felipe, Víctor, y Macarena.

Agradezco a Loreto Leiva por haber acompañado este proceso de aprendizaje con disposición y sensatez, y por haber sido un referente académico durante mi formación en el área social.

Finalmente, me gustaría agradecer a mi familia por su amor, compromiso, aliento, paciencia e incondicionalidad. A mis tíos Axel y Judit, a mis padres y hermanas, y a Javier por ser mi compañero de vida.

## ÍNDICE

---

Agradecimientos .....	I
Lista de Tablas .....	IV
Lista de Figuras .....	IV
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. ANTECEDENTES .....</b>	<b>4</b>
2.1. Adolescencia: Embarazo y Maternidad .....	4
2.1.1 La Adolescencia .....	4
2.1.2. Embarazo y Maternidad Temprana .....	10
2.2. Atención Sanitaria: El abordaje desde el campo de la salud al embarazo precoz y la maternidad temprana .....	30
2.2.1. Embarazo Temprano: Un problema de salud pública a partir de los noventa .....	30
2.2.2. Salud para Adolescentes en el Uruguay .....	36
2.3. El Enfoque Ecológico-Sistémico de la Salud .....	47
2.3.1. Relación entre Salud y Comunidad .....	47
2.3.2. Sistema Total de Salud .....	51
2.3.3. Factores salubristas facilitadores del encuentro interpersonal entre operadores de salud y usuarios del servicio .....	57

2.4 Pregunta de Investigación .....	65
2.5 Objetivos .....	66
<b>III. MÉTODO .....</b>	<b>67</b>
3.1. Diseño .....	67
3.2. Participantes .....	67
3.3. Técnicas de recolección de datos .....	69
3.4. Técnicas de Análisis de datos .....	70
3.5. Aspectos éticos .....	72
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>73</b>
<b>V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>132</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>158</b>
<b>VII. ANEXOS .....</b>	<b>169</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla 2.1.1. <i>Tasas de fecundidad por edad (por mil) y tasa global de fecundidad. Período 1975-2006</i> .....	12
Tabla 2.1.2. <i>Porcentaje de Nivel Educativo en Madres Adolescentes en Uruguay. Año 2008</i> .....	20

## LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1.1. <i>Proporción de nacimientos de madres adolescentes (entre 15 y 19 años) en el total de nacimientos</i> .....	13
Figura 2.2.1. <i>Ámbitos desde los que se realiza la valoración del espacio</i> .....	43
Figura 2.2.2. <i>Esquema de interacción de las adolescentes</i> .....	44
Figura 2.3.1. <i>Esquema de Sistema Total de Salud</i> .....	52
Figura 2.3.2. <i>Esquema de la barrera psicosociocultural en el sistema de salud y la sociedad</i> .....	53
Figura 4.4.1. <i>Relación entre conceptos, enfoque, y programas instrumentados</i> .....	84
Figura 4.4.2. <i>Abordaje desde la salud</i> .....	96
Figura 4.4.3. <i>Agente Socioeducativo como nexo entre el centro de salud y los recursos comunitarios</i> .....	99
Figura 4.4.4. <i>Variables del equipo de salud influyentes en la instrumentación de los programas de salud</i> .....	109
Figura 4.4.5. <i>Desafíos encontrados en la atención de adolescentes madres a nivel del centro de salud</i> .....	118
Figura 4.4.6. <i>Desafíos encontrados en la atención de adolescentes madres a nivel estatal</i> .....	124

## I. INTRODUCCIÓN

---

El embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido ampliamente estudiados a nivel regional e internacional (CEPAL, 2008, 2006, 2002, 1995). Así como sucede con otras problemáticas sociales, se presentan como fenómenos multicausales, eslabonados temporalmente a otros factores situacionales.

Según la revisión bibliográfica realizada, en las últimas dos décadas el embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido abordados principalmente desde dos enfoques. En tal sentido, se lo identifica como una cuestión de salud pública, donde el énfasis se ha puesto en los factores de riesgo a nivel de la salud de las adolescentes y de sus hijos (Pereira, 2011a). Y también, como un problema social por ser identificado como un factor asociado a la reproducción social de la pobreza (Kaztman y Filgueira, 2001).

Se considera que la perspectiva de riesgo, dominante en las distintas esferas de la acción política, concretamente a nivel social (Ministerio de Desarrollo Social [MIDES]), educativo (Ministerio de Educación y Cultura [MEC]), sanitario (Ministerio de Salud Pública [MSP]), y seguridad social (Banco de Previsión Social [BPS]), muestran una visión reduccionista de la parentalidad adolescente, que en momentos estigmatiza socialmente a quien se encuentra en esa situación. En congruencia con este enfoque dominante de abordaje, es que se ha naturalizado un discurso que promueve la prevención como única estrategia de abordaje.

Considerando lo expuesto, se puede desprender la importancia de continuar profundizando al respecto, con la finalidad de contribuir a la generación de estrategias de intervención acorde a las características del fenómeno social en cuestión. Por otra parte, se agregan otras razones explicativas, las cuales promovieron el interés de la autora en la temática que aquí se desarrolla e incidieron en las decisiones efectuadas en el método empleado para el estudio. En primer lugar, es desde el área de la salud donde se pueden encontrar la mayor cantidad de respuestas al fenómeno del embarazo precoz y la

maternidad temprana en el Uruguay (Peregalli, Ubal, Méndez, 2011; Pérez, Silva, Escobar, 2010). En segundo lugar, de acuerdo al balance que se realiza respecto a los cambios instrumentados en políticas de salud en el país, entre las tareas pendientes y desafíos a concretar, se encuentra el fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios que puedan atender la problemática socio-sanitaria implicada en problemáticas como el embarazo en la adolescencia (Setaro y Koolhaas, 2008). En tercer lugar, el Programa Nacional de Salud Adolescente (MSP, 2007, p. 30), cuyo objetivo general es *“orientar al sector público y privado y a las organizaciones de la sociedad civil, en las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud de la adolescencia”*, señala la importancia de impulsar líneas de sistematización e investigación sobre la salud de los adolescentes. Finalmente, según Saforcada (1999) los profesionales de la salud son los actores determinantes de la dinámica de los tres subsistemas de atención de la salud y de la orientación de sus acciones efectoras. De acuerdo a su perspectiva, los mismos intervienen en los tres prestadores sanitarios del Estado (privado, público y seguridad social), son quienes actúan en los centros universitarios de formación orientando la misma en congruencia a su modalidad asistencial, y en general suelen ocupar cargos de decisión en el componente gubernamental del área de la salud.

La perspectiva teórica adoptada para la comprensión del fenómeno elegido, fue el modelo de análisis propuesto por Saforcada (1999, 2008) sobre el sistema total de salud, el cual proporciona una mirada esclarecedora y operativa del conjunto de elementos implicados en el servicio asistencial de una sociedad. Sus aportes teóricos y operativos, desde el enfoque ecológico-sistémico, habilitan una visión holística de la realidad, reconociendo la interdependencia de los sistemas que rodean al individuo (micro, meso, macro) y el valor de los mismos como escenarios productores de subjetividad social (Saforcada, 2008).

El modelo de análisis (Saforcada, 1999, 2008), describe los componentes que integran el sistema total de salud, del cual se emplearon algunos de ellos como referencia para el trabajo que aquí se desarrolla. En tal sentido, se analizó con mayor detenimiento el componente intersubjetivo general, el cual es considerado por el autor, uno de los elementos que producen mayor ineficacia e ineficiencia en el actual sistema de salud de la

mayor parte de los países latinoamericanos. Asimismo, la implicancia de este componente en el contexto definido por la situación que establece el embarazo precoz y la maternidad temprana respectivamente, resulta clave para enriquecer el acompañamiento dirigido a la adolescente desde salud pública.

En el presente documento, la pregunta de investigación que guió el trabajo de campo fue la siguiente, *¿cuál/es es/son el/los discurso/s de los operadores de salud sobre la atención sanitaria que reciben las adolescentes embarazadas y aquellas que son madres, usuarias del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo?* En tal sentido, la intención del estudio fue comprender el abordaje dominante en la atención sanitaria, a través de la opinión de los operadores de salud respecto a sus conceptualizaciones sobre ambas situaciones y las estrategias de acompañamiento empleadas por los mismos. Asimismo, resultó revelador poder conocer las características del espacio de encuentro entre el operador de salud y la adolescente, para identificar las oportunidades de cambio dentro del abordaje sanitario hasta ahora instrumentado.

Desde el punto de vista de la autora, gran parte del éxito de cualquier programa de intervención se juega en el campo concreto de aplicación, donde el establecimiento de un vínculo caracterizado por el respeto y la confianza, es fundamental si se pretende emprender un camino hacia el cambio y la transformación social. Si bien, gran parte de la estigmatización que posee este fenómeno social debe atribuírselo a las políticas sanitarias instrumentadas hasta el momento, se reconoce que la elaboración de programas recientes donde se matizan expresiones, como “combatir” “prevenir”, “reducir”, da cuenta del interés por mejorar la atención destinada a las jóvenes usuarias de los servicios de salud.

El documento está organizado en cinco apartados. El primero introducirá al lector en la temática elegida, brindando un marco de referencia claro y concreto sobre el trabajo que se desarrolla. El segundo incluye los antecedentes teóricos e empíricos considerados relevantes para el tema de investigación, permitiendo contextualizar su importancia y justificación. El tercero presenta el método empleado para el estudio, aludiendo a los diversos aspectos que fueron implicados en la investigación. En el cuarto se describen los resultados encontrados, y en el quinto, se desarrolla la discusión de los mismos en diálogo con los autores citados, finalizando con la presentación de las principales conclusiones.

## II. ANTECEDENTES

---

### 2.1. ADOLESCENCIA: EMBARAZO Y MATERNIDAD

En este capítulo se introducirá al lector en la temática elegida, brindando un marco de referencia claro y concreto sobre el estado de situación que actualmente presenta el embarazo precoz y la maternidad temprana en el Uruguay.

En primer lugar, se realiza una breve descripción sobre la adolescencia, como etapa evolutiva y categoría social. Posteriormente, se muestran los datos recogidos acerca de las tasas de fecundidad temprana, a nivel internacional y nacional, las diferentes explicaciones asociadas a la alta prevalencia de la maternidad temprana en la región latinoamericana, y se describen los factores de riesgo frecuentemente vinculados a la misma. Finalmente, se abordan las diferentes perspectivas encontradas sobre la temática, las cuales explicitan desde la perspectiva de la autora la polémica que desencadena el fenómeno social que se abordará en la tesis.

#### 2.1.1. La Adolescencia

##### 2.1.1.1 Conceptualización

Etimológicamente, *adolescente* proviene del latín *adolescens*, participio presente del verbo latino *adolescere* que significa literalmente: *estar creciendo* (Amorín, Carril y Varela, 2006).

Según Stassen (2004, p. 431) es “*El período de transición biológica, cognitiva y psicosocial desde la niñez hasta la adultez, que por lo general dura una década o más*”. Refiere que los cambios biológicos ocurren, generalmente, antes de los 15 años de edad, mientras que los cambios a nivel cognitivo y psicosocial perduran incluso hasta los 30 años de edad. Agrega que los cambios experimentados en este período de la vida, con frecuencia son vividos por los adolescentes como momentos de desajuste, confusión, enojo, y angustia.

Aberastury y Knobel (2001) han definido la adolescencia como:

[...] la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil (p. 39-40).

Freire de Garbarino y Maggi (1990), por su parte, señala que la principal tarea del adolescente es crecer, lo cual aparece designado desde su etimología (*adolescere*: crecer, madurar). Plantea que la vivencia de crecimiento en esta etapa de la vida adopta una significativa singularidad, donde las pérdidas y las adquisiciones van construyendo el ingreso hacia un mundo adulto, desconocido hasta ese momento. Aberastury y Knobel (2001) coinciden en este aspecto, y plantean que la entrada del adolescente al mundo de los adultos le significa la pérdida definitiva de su condición de niño, lo cual implica el duelo por el cuerpo de niño, por su identidad infantil, y por su relación con padres y pares de la infancia.

Otro de los elementos asociados a la definición y construcción de dicha categoría del desarrollo, refiere a los límites fronterizos, en términos etéreos, entre la etapa anterior (infancia) y la siguiente (adulthood).

Di Segni (2002) identifica el siglo XX, como la época en donde se originaron significativos cambios al respecto, en coherencia con las transformaciones en los límites de las demás etapas del ciclo vital. En tal sentido, por ejemplo, en la primera mitad del siglo XX, se consideraba que la infancia estaba comprendida entre los 0 y 15-16 años de edad; la adolescencia se extendía hasta los 21-23 años de edad; la adultez continuaba hasta los 50-55 años de edad; y la vejez se dilatava según las expectativas de vida existentes en el

momento. Luego, a partir de la segunda mitad del siglo XX, la etapa de la infancia se redujo hasta los 10 años de edad; la adolescencia se extendió hasta los 25-28 años de edad; la adultez se prolongó hasta los 70 años de edad; y finalmente, la vejez se extendió hasta lo que permite los avances médicos.

Actualmente, se encuentra ampliamente difundido el criterio operacional que establece la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 1990) para definir los parámetros cronológicos de la adolescencia. Desde su perspectiva, basándose en un principio que prioriza la maduración sexual y reproductiva, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 a los 19 años de edad.

Según la bibliografía consultada, se considera pertinente agregar que la adolescencia no se desarrolla como un ciclo homogéneo<sup>1</sup>. Las fases identificadas dentro de este período evolutivo, reflejan las heterogéneas vicisitudes que lo caracterizan.

Si bien los cambios biológicos que suceden al comienzo del ciclo son universales, su expresión y aparición temporal no es uniforme. Asimismo, las transformaciones que ocurren a nivel psicosocial se encuentran influidas por el contexto sociocultural de la persona, el cual incidirá en la construcción de su *nueva identidad* y posibles elecciones a nivel sexual, moral, educativo, laboral, político, entre otras (Stassen, 2004).

Según señala Ciganda (2008), a propósito de esto, el contexto social, económico e institucional que caracteriza a la comunidad de pertenencia, incluso podría explicar algunas de las características encontradas en los fenómenos demográficos asociados a la transición a la adultez por parte de los jóvenes uruguayos. En tal sentido, se podría describir algunas diferencias encontradas entre grupos de jóvenes, con distinta acumulación de capital educativo, respecto a los eventos<sup>2</sup> de la vida frecuentemente asociados a la emancipación.

---

<sup>1</sup>Se entiende que la adolescencia no es una etapa compacta y homogénea, siendo posible identificar una serie de fases o sub-etapas, las  
<sup>2</sup>Según Ciganda (2008), los indicadores de transición a la adultez seleccionados fueron: vivir en el propio hogar, vivir en pareja, tener al menos un hijo, trabajar.

### **2.1.1.2. Adolescencia como categoría social**

La adolescencia como categoría evolutiva, comienza a gestarse mediados del siglo XIX y principios del siglo XX. Entre los antecedentes más relevantes, se pueden identificar las revoluciones sociales y culturales ocurridas en dicho período histórico, como la modernización de los medios de producción y comunicación, los cambios en las familias y los vínculos intergeneracionales, entre otros. Concretamente, la nueva construcción semántica servía para denominar a aquel sector de la población urbana, perteneciente a la clase social media y alta de países desarrollados, que por su edad cronológica, necesitaba de un tiempo prolongado de preparación adecuada, para luego poder acceder al status y roles asignados culturalmente a la adultez. En su momento, la inclusión a dicha categoría estaba sujeta al sexo y la pertenencia de clase, ya que fueron los varones pertenecientes a la burguesía y aristocracia, los primeros en ser considerados en esta nueva categoría del desarrollo (Amorín, Carril, Varela 2006).

Desde su perspectiva social, Amorín et. al. (2006) plantean entonces, que las características históricas de su origen, prueban que la adolescencia además de ser una categoría evolutiva, también se la puede considerar una categoría social, en estrecha dependencia con la clase social de pertenencia. De acuerdo al análisis documental realizado, se podría afirmar sobre la vigencia de tal conceptualización y su implicancia en las políticas públicas.

En relación con lo anterior, diversos estudios demográficos realizados en Uruguay sobre la adolescencia y juventud nacional (entre otros: Filgueira, 1996; Filgueira, Kaztman y Rodríguez, 2005; MIDES, 2009a; Varela, Pollero, Fostik, 2008) sostienen que en la sociedad se pueden identificar dos extremos en cuanto a las características de este sector de la población. Por un lado, se ubican aquellos que forman parte de un sector social privilegiado o han desarrollado una valoración positiva de la educación como canal de movilidad social. En su mayoría logran prolongar sus estudios, son capaces de capitalizar conocimiento, instrumentos intelectuales y, recursos personales para su futuro desempeño como adultos. Por el otro lado, en el otro extremo de la estratificación social, se encuentra otro grupo social de jóvenes, que por su desventaja socioeconómica, asumen tempranamente roles de adulto en las distintas esferas de la vida, como por ejemplo,

abandonan las actividades académicas, ingresan al mercado laboral, y forman sus familias, ya sea por medio del matrimonio civil o a través de la convivencia conyugal.

Ciganda (2008), por su parte, confirma esta tendencia diferencial entre los jóvenes uruguayos, en donde se observa indicadores claros respecto a una emancipación más temprana en quienes presentan menor nivel educativo.

[...] tomando en cuenta el promedio de años de estudio alcanzados, surge claramente la estrecha relación entre el nivel educativo y las formas en que los jóvenes procesan las transiciones en nuestro país [...] La proporción de jóvenes<sup>3</sup> que forman su propio hogar disminuye sostenidamente a medida que aumentan los años de estudio (Ciganda, 2008, p. 75-76).

Asimismo, el autor destaca que las diferencias más notorias se encuentran en el inicio de la vida reproductiva. En tal sentido, se indica que más del 80% de las mujeres que tienen menos de 8 años de estudio ya son madres, en cambio, menos del 15% lo son con estudios universitarios avanzados o culminados. Al respecto, se señala que los jóvenes con menor capital educativo, inician su emancipación a edades más tempranas y suele estar acompañada de manera simultánea a la formación de su propia familia con hijos. Además, tienen menores oportunidades de ingresar al mercado laboral debido a su baja calificación, lo cual incide que su inclusión se dé en circunstancias de alta precariedad. No obstante, quienes tienen un mayor nivel educativo, no sólo retrasan su partida del hogar de origen, sino que también presentan un patrón de transición diferente, en donde la emancipación es previa a la convivencia en pareja, y esta se da antes que el inicio de la vida reproductiva.

Otros trabajos afines a la temática, coinciden en identificar un sector social donde lo común es la prolongación de la adolescencia mientras que en el otro sector social lo normal es asumir responsabilidades y deberes característicos de la adultez<sup>4</sup> en condiciones más

---

<sup>3</sup>El grupo de jóvenes presenta edades comprendidas, por un lado, entre los 18 y 23 años, y por el otro lado, entre 24 y 30 años.

<sup>4</sup>González, Vandemeulebroecke y Colpin (2001) sostienen que se puede observar la temprana asunción, por parte de los adolescentes de familias de contexto socioeconómico crítico, de experiencias y responsabilidades propias de la vida adulta. Por ejemplo, a nivel educativo (desvinculación del sistema educativo), laboral (incorporación al mercado laboral, especialmente los varones), social (emancipación), salud (maternidad y paternidad).

adversas que las vividas por los adolescentes de estratos más altos (Amorín et. al., 2006; Kaztman y Filgueria, 2001; Perdomo, Costanzo, Giordano, Pereiro, Ruben, 1998).

La existencia de desigualdad en este sector de la población, la cual se asocia estrechamente a las características socioeconómicas del adolescente, también ha sido abordada por diversos organismos estatales e internacionales, quienes han descrito en sus informes la situación social de los mismos, advirtiendo acerca del complejo escenario político que esto representa para el país (Administración Nacional de Educación Pública [ANEP], 2010; Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2008; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] Uruguay, 2009; Ministerio de Desarrollo Social [MIDES], 2006, 2009a, 2009b; Ministerio de Educación y Cultura [MEC], 2010; UNICEF Uruguay, 2010).

De lo planteado hasta el momento, se podría coincidir respecto a la brecha vital existente entre un grupo de jóvenes y otro, en donde uno de los factores influyentes parece ser la acumulación de capital educativo y el entorno socioeconómico de pertenencia. Asimismo, parecer ser que las decisiones que los adolescentes y jóvenes toman en sus vidas, incidirá en la posición social que jueguen en la sociedad como adultos. Se coincide con Filardo (MIDES, 2009a, p. 8) cuando afirma que “[...]la juventud es una etapa vital intensa en la toma de decisiones y en la que las circunstancias dejan marcas que fijan el rumbo para seguir en la vida”. Con esto no se pretende aludir a un determinismo que no dé oportunidad al cambio y condicione la vida futura, pero sí que existen ciertas decisiones que pueden comprometer algunos procesos del desarrollo, y así complicar el juego en la vida adulta. Por ejemplo, decidir tener un hijo.

Por ello, se considera importante la construcción de una plataforma institucional, por parte del Estado, que permita asegurar la equidad entre los niños, adolescentes y jóvenes, y de esa manera, promover la igualdad de oportunidades, acompañando sus recorridos biográficos y contrarrestando las desigualdades de origen entre unos y otros.

### 2.1.2. Embarazo y Maternidad Temprana

El embarazo<sup>5</sup> y la maternidad<sup>6</sup> en la adolescencia han sido ampliamente estudiados a nivel regional e internacional (CEPAL, 2008, 2006, 2002, 1995). Así como sucede con otras problemáticas sociales, se presentan como fenómenos multicausales, eslabonados temporalmente a otros factores situacionales.

Según la revisión bibliográfica realizada, en la última década el embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido abordados principalmente desde dos enfoques. Se lo identifica como una cuestión de salud pública, donde el énfasis se ha puesto en los factores de riesgo a nivel de la salud de las adolescentes y de sus hijos (Pereira, 2011b). Y también, como un problema social por ser identificado como un factor asociado a la reproducción social de la pobreza (Kaztman y Filgueira, 2001). Al respecto, Duncan (2007) agrega que el discurso político sobre este fenómeno posiciona a las madres adolescentes y sus hijos como un problema que la sociedad sufre. En tal sentido, la maternidad temprana parece ser producto de decisiones erradas de adolescentes víctimas de su ignorancia, falta de información y bajas expectativas.

En general, se podría afirmar que ambas perspectivas han influido en las investigaciones sobre embarazo precoz y maternidad temprana, así como también, en la elaboración de políticas públicas y programas de intervención destinados a esta población. Se coincide con Duncan (2007), quien afirma que las investigaciones realizadas sobre la temática, especialmente aquellas enmarcadas en una metodología cuantitativa, han brindando un soporte científico capaz de reforzar el discurso social dominante sobre el fenómeno<sup>7</sup>, y también, justificar el enfoque principalmente preventivo asumido a nivel estatal sobre el mismo.

---

<sup>5</sup>Según la Real Academia Española (2001), embarazo es el Estado en que se halla la hembra gestante. Consultado el 26 de agosto de 2011 en <http://www.rae.es>. Asimismo, embarazo precoz es aquel que ocurre antes de los 17 años (CEPAL, 2008).

<sup>6</sup>La maternidad o el hecho de ser madre, no se restringe a la función reproductiva, sino que además es un entramado cultural, que se focaliza en la persona a cargo de la relación y la logística de criar a un niño, compartiendo una serie de prácticas, actividades y relaciones sociales de crianza e involucrando una actividad dinámica y relacional” (Arendell, 1997, 2000 en Leiva, 2010, p. 14).

<sup>7</sup>Consistente mensaje respecto a los inconvenientes y la no deseabilidad social atribuida a la parentalidad temprana.

### **2.1.2.1. Tasa de Fecundidad Adolescente**

#### **2.1.2.1.1. Aproximación a las cifras internacionales**

Según las cifras registradas, se constata que en América Latina y el Caribe casi una cuarta parte de las jóvenes entre 15 y 24 años han tenido un hijo antes de los 20 años de edad. Asimismo, dentro de este sector, se observan proporciones distintas entre las jóvenes según su nivel socioeconómico. En tal sentido, mientras que el 5% pertenece al estrato social de mayores ingresos, entre el 20% y el 35% (dependiendo del país) son jóvenes de sectores de bajos ingresos (CEPAL, 2008).

Según informa la CEPAL (2008), la tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años (por mil) en el mundo se estima es de 52,6 para el período 2005-2010. América Latina y el Caribe, si bien se encuentra por debajo de la media mundial en la tasa global de fecundidad [TGF] (2,37 y 2,55 respectivamente), se ubica bastante por encima del promedio con respecto a la tasa de fecundidad temprana (76,2). La cifra presentada ubica a América Latina y el Caribe solamente por debajo de África (103,9), y bastante por sobre el promedio que registran las restantes regiones (América del Norte, 39,9; Asia, 39,7; Oceanía, 26,5; Europa, 14,7).

Una de las posibles explicaciones acerca de la asimetría evidente respecto a las tasas de fecundidad temprana que presentan las regiones, especialmente entre América Latina y el Caribe y Europa, se asocia a las características de las políticas instrumentadas en materia de derechos sexuales y reproductivos en cada una (CEPAL, 2008).

En la región latinoamericana se destacan países con niveles altos (superiores a 100 por mil), como es el caso de Guatemala, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Rep. Dominicana, Jamaica y Belice. También, se pueden identificar países con estimaciones relativamente bajas (por debajo de 50 por mil), como es el caso de Cuba, Trinidad y Tobago, Barbados, Suriname, Guadalupe y Martinica. Y finalmente, un conjunto de países (Bolivia, Paraguay, Ecuador, Panamá, Costa Rica, Colombia, Brasil, Venezuela, Haití, México, Perú, Uruguay, Chile, Guayana, Argentina) con promedios que los ubica en un rango intermedio del continente (Binstock y Pantelides, 2006).

Si bien existe evidencia sobre la tendencia al descenso en las tasas de fecundidad en la adolescencia a nivel mundial (Amy, 2007; Aramburú y Arias, 2006; Escovar, González y

Trujillo, 2007; Guzmán, Contreras y Hakkert, 2001; Stern, 2004), la evidencia empírica acumulada señala que aún así, en América Latina y el Caribe los nacimientos de hijos de adolescentes representan un porcentaje relevante de los nacimientos totales. En tal sentido, en la región el porcentaje de hijos nacidos vivos de madres adolescentes representan entre el 15 y el 18% del total de los nacimientos (Gerstenblüth, Ferre, Rossi, Triunfo, 2009).

#### 2.1.2.1.2. Aproximación a las cifras en Uruguay

Según estudios comparativos, Uruguay, presenta una TGF considerada baja en el contexto internacional. El descenso de la fecundidad iniciado desde finales del siglo XIX, ha alcanzado en el 2004 valores que se encuentran al límite de los necesarios para el remplazo de las generaciones (Amorín et. al., 2006).

Estudios demográficos realizados en Uruguay, revelan que el declive de la fecundidad global durante ese período temporal, se contrapone al surgimiento de ciertos fenómenos, que reflejan modificaciones en el comportamiento reproductivo de las mujeres. En este sentido, se observan dos tendencias: incremento del embarazo adolescente (15 a 19 años de edad) y el descenso de la fecundidad en adultos jóvenes (20 a 29 años de edad) (Amorín et. al., 2006; Varela, 1999, 2007).

Tabla 2.1.1. *Tasas de fecundidad por edad (por mil) y tasas global de fecundidad. Período 1975- 2006*<sup>8</sup>

	Año 1975	Año 1985	Año 1996	Año 2006
Tasa Global de Fecundidad	2,89	2,48	2,45	2,04
Edad				
10 a 14	1,2	1,2	1,8	1,7
15 a 19	65,7	58,5	70,6	62,6
20 a 24	159,4	131,2	122,3	90,7
25 a 29	157,8	135,7	129,4	99,1
30 a 34	109,8	96,1	97,4	91,7
35 a 39	62,3	54	52,2	48,4
40 a 44	19,8	16,9	15,6	12,7
45 a 49	2,9	1,5	1	0,7

<sup>8</sup> De Ministerio de Desarrollo Social [MIDES] (2009b). Mejorar la Salud Materna. En *Objetivos del Milenio. Uruguay Social*. Uruguay: MIDES., p. 68

En Uruguay, entre 1963 y 1996 se dio un incremento de la fecundidad adolescente, aumentando su participación en la tasa de fecundidad total de la población. Al tiempo que, entre 1996 y 2004, disminuyó la tasa de fecundidad adolescente pero manteniendo su participación en la fecundidad total (Gerstenblüth et al., 2009).

Setaro y Koolhaas (2008) explican, que la declinación en la fecundidad adolescente debe ser interpretada dentro de la tendencia demográfica que muestra el Uruguay. En tal sentido, se observa un descenso en los valores correspondientes a cada grupo de edad, lo cual incide en la TGF y en las tasas específicas por edad. Esto significa, que si bien la tasa de fecundidad adolescente ha descendido, el mismo no ha sido mayor a la observada en mujeres que se encuentran en la cumbre de la fecundidad, es decir que tienen entre 20 y 29 años de edad.

Varela (1999, 2007), por su parte, agrega que el país se encuentra en un período de cambio del comportamiento reproductivo. Se observan modificaciones en las etapas del ciclo de vida en que las mujeres uruguayas tienen sus hijos y, aparentemente, la tasa de fecundidad en la adolescencia sería aquella que estaría manteniendo el promedio total de hijos por mujer, influyendo en la viabilidad del reemplazo de la población.

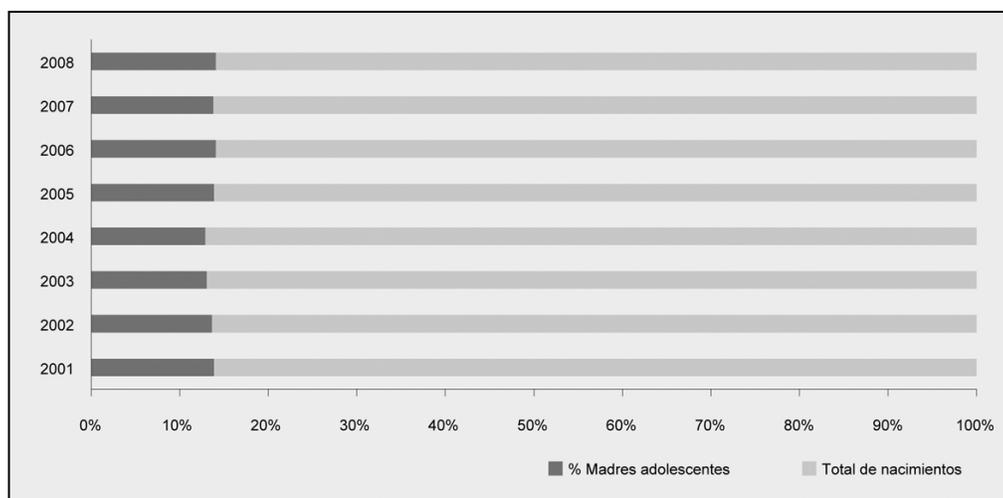


Figura 2.1.1. *Proporción de nacimientos de madres adolescentes (entre 15 y 19 años) en el total de nacimientos*<sup>9</sup>

<sup>9</sup>De Ministerio de Desarrollo Social [MIDES] (2009b). Mejorar la Salud Materna. En *Objetivos del Milenio. Uruguay Social*. Uruguay: MIDES., p. 68

Según las últimas cifras oficiales, correspondientes al año 2010, los nacimientos de madres con edades comprendidas entre los 15 y 19 años en el país fue de 7270, representando el 17,4% del total de nacimientos a nivel nacional. Si se observa la prevalencia según zona geográfica, se registró mayor cantidad de nacimientos en la ciudad de Montevideo (3687) que en el Interior del país (3583). Con respecto al servicio de salud referido, de acuerdo a los datos registrados en la capital del país, se identificó un mayor porcentaje de nacimientos en los pertenecientes a la órbita pública (24,2%) que aquellos sucedidos en los centros privados (8%) (MSP, en prensa)<sup>10</sup>.

Varela (1999) señala que las adolescentes que tienen sus hijos, en su mayoría provienen de sectores sociales de muy bajos recursos. Al respecto, Ciganda (2008) agrega que el inicio precoz de la vida reproductiva entre los jóvenes, especialmente en las mujeres, suele estar asociado a quienes presentan menor capital educativo, iniciando con la llegada de su primer hijo su temprana transición a la vida adulta.

#### **2.1.2.2. Algunas explicaciones asociadas a la alta prevalencia del embarazo precoz y la maternidad temprana en América Latina y el Caribe.**

Según señala la CEPAL (2008), la alta tasa de fecundidad en la adolescencia responde o es expresión de dos fenómenos relacionados entre sí. Por un lado, se advierte un inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales entre los adolescentes<sup>11</sup>, y por el otro, una insuficiente educación sexual en el sistema educativo en varios países de la región. Además, se indica la ausencia de políticas públicas de salud sexual y reproductiva integrales para adolescentes<sup>12</sup> y adultos, y una tendencia a reconocer a las mujeres como sujetos derechos reproductivos cuando ya han sido madres.

Con respecto a la iniciación sexual más temprana, algunos autores sostienen que la misma se continúa bajo condiciones de inadecuada o no utilización de anticonceptivos (Amorín et. al., 2006; Amy, 2007; Coll, 2001; Gerstenblüth et al., 2009; Ibarra, 2003; Lammers, 2000; León y León, 2005; Moreno, León, Becerra, 2006; Pantelides, 2004; Pérez,

---

<sup>10</sup>El Sistema Informático Perinatal [SIP] del MSP tiene una cobertura del 85% - 88% de los nacidos vivos según el total de certificados de nacidos vivos.

<sup>11</sup>El promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales es de 14,6 años. Y la diferencia entre la edad de inicio sexual entre hombres y mujeres es cada vez menor (MSP, 2007).

<sup>12</sup>Las políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Uruguay serán abordadas en el siguiente capítulo de la tesis.

Bastardo, Cermeño, Díaz, 2008; Stassen, 2004; Ulanowicz, Parra, Wendler, Monzón, 2006). Al respecto, la CEPAL (2008) menciona que en los países desarrollados, si bien también se observa un inicio temprano de la sexualidad activa en los jóvenes, la misma se da en condiciones de protección anticonceptiva. Esto podría explicar la diferencia existente entre las tasas de fecundidad registradas en América Latina y el Caribe y las observadas en países desarrollados.

Relacionado con lo anterior, Climent (2009) y Pérez et al. (2008) señalan que la ausencia de conductas preventivas en algunos adolescentes puede estar relacionada con la percepción que tienen sobre su propia sexualidad, y por ende, sobre su falta de conciencia respecto a su capacidad de procrear. Stassen, (2004), por su parte, describe la fábula de invencibilidad, la cual define como una creencia falsa que tienen los adolescentes, como consecuencia del egocentrismo de la edad, de que nada los puede vencer o dañar. En tal sentido, a menudo asumen riesgos de manera deliberada, creyendo que a ellos no les puede pasar nada, ya que están a salvo de peligros, como las enfermedades de transmisión sexual, un embarazo no deseado, un accidente de tránsito.

Otra posible explicación al respecto, refiere a la percepción que se tiene de la “amenaza” de una enfermedad o conducta, y de la creencia sobre la eficacia que la acción preventiva tiene sobre la reducción del riesgo. La interpretación que hace el sujeto sobre los beneficios potenciales de la acción preventiva, también se relaciona, con los costos físicos, sociales y económicos que le implica ejecutar la misma (Lostao, 2000, en Castellano, Heinzen, Nión, 2010). Por ello, el punto de partida de los contenidos de los diferentes programas de salud destinados a los adolescentes suele estar focalizado en brindar información (previamente seleccionada e interpretada por el mundo adulto) que permita orientarlos para que puedan tomar buenas decisiones en su vida.

En relación a la insuficiente educación sexual en el sistema educativo, mencionado por la CEPAL (2008), se considera relevante informar acerca de la incorporación formal de un programa educativo sobre la temática al sistema educativo público uruguayo a partir del año 2008. La Ley General de Educación N° 18.437 (MEC, 2008) declara “*El Sistema Nacional de Educación, en cualquiera de sus modalidades contemplará líneas transversales entre las cuales se encuentran [...] La Educación Sexual*”. Más adelante en

el texto, se explica que el propósito perseguido será “[...] proporcionar instrumentos adecuados que promuevan en educadores y educandos, la reflexión crítica ante las relaciones de género y la sexualidad en general para un disfrute responsable de la misma [...]” (p. 19 - 20).

Se cree que la inclusión de la educación sexual en el sistema educativo uruguayo, podría iniciar un nuevo proceso de cambio cultural en la sociedad, en donde la sexualidad pueda ser vista como un componente constitutivo también de los niños y adolescentes, y se revierta la ausencia de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

En otro orden, se destaca que las políticas de promoción de métodos anticonceptivos, tanto para hombres como para mujeres, y aquellas asociadas a la creación de programas de educación sexual, continúan siendo herramientas fundamentales para favorecer la toma de conciencia y la prevención de embarazos no deseados y/o transmisión de enfermedades por la vía sexual (CEPAL, 2008). En tal sentido, se podría afirmar que los esfuerzos y las acciones tendientes a prevenir el embarazo temprano, continúa siendo la respuesta hegemónica al fenómeno, ubicando al adolescente en una posición de ignorancia e irresponsabilidad.

### **2.1.2.3. Factores de riesgo frecuentemente vinculados a la fecundidad en la adolescencia**

En la literatura consultada, como se mencionó anteriormente, existe acuerdo respecto a considerar que el comportamiento de la fecundidad en este sector de la población varía entre los países, y que su incidencia y tendencias no se relacionan de manera directa con el proceso de transición demográfica de los países ni con los cambios observados en la fecundidad en otras edades (Coll, 2001; Climent, 2009; Binstock y Pantelides, 2006; Escovar et. al., 2007; Guzmán et al., 2001; Pantelides, 2004; Pantelides y Binstock, 2007; Salazar, Rodríguez, Daza, 2007; Varela, 1999, 2007).

Los estudios realizados, a nivel internacional y nacional, identifican el área de residencia, el nivel educativo alcanzado, el nivel socioeconómico, el estado civil, y el grupo étnico de pertenencia, como variables que pautan la conducta reproductiva de manera diferencial entre adolescentes de un mismo país y entre países (Amorín et. al., 2006; Binstock y Pantelides, 2006; Coll, 2001; Escovar et. al., 2007; Gerstenblüth et al., 2009; Guzmán et. al., 2001; Pantelides, 2004; Pantelides y Binstock, 2007; Pérez et. al., 2008; Stern, 2004).

Si bien se considera de manera consensuada, que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno multicausal, y eslabonado temporalmente a otros factores situacionales, se observa una tendencia de mayor concentración de riesgo en adolescentes de menos recursos. *“La maternidad temprana, de por sí, aumenta la probabilidad de bloqueos en la acumulación de activos y se constituye en un eslabón importante de la cadena que conduce a la pobreza y exclusión social”* (Kaztman y Filgueira, 2001, p. 96).

En los países analizados, la tasa de fecundidad adolescente del quintil más pobre triplica al del quintil de mayores ingresos, presentando una relación en varios países de 5 a 1 (CEPAL, 2008). Por otro lado, se destaca que, con excepción de Haití, los restantes países latinoamericanos, muestran que a medida que la situación socioeconómica del hogar mejora, según su ubicación en los quintiles de pobreza, la tasa de fecundidad adolescente disminuye significativamente (Amy, 2007; Binstock y Pantelides, 2006; Escovar et. al., 2007; Guzmán et. al., 2001).

Al respecto se menciona que en los estratos más desfavorecidos las trayectorias de vida de los adolescentes, con frecuencia, están marcadas por la desvinculación temprana del sistema educativo, mayores niveles de fecundidad en comparación a los estratos medios y altos, y menor uso de anticonceptivos (CEPAL, 2008). De ahí que el embarazo en la adolescencia, en general, se lo visualiza como una amenaza social, y cargue con la reproducción intergeneracional de la pobreza (Gerstenblüth et al., 2009).

Pantelides (2004; Pantelides y Binstock, 2007), por su parte, refiriéndose a la acumulación empírica existente sobre la asociación que se establece entre maternidad temprana y reproducción de la pobreza, plantea que la evidencia podría ser interpretada de manera inversa, es decir, que son las condiciones socioeconómicas preexistentes que perpetúan situaciones que conducen a un embarazo en la adolescencia. Esto explicaría por

qué algunas adolescentes se convierten en madres y otras no, y las que hay se reclutan desproporcionadamente entre las más pobres. Al respecto, Duncan (2007) y Pereira (2011b), coinciden en señalar que la maternidad temprana suele sumar una desventaja a una situación que, previamente, era difícil y reducida en oportunidades.

Con respecto al grupo étnico de pertenencia, Guzmán et. al. (2001) mencionan en su informe que en los países con mayor concentración de población indígena (Bolivia, Guatemala, Perú) las tasas de fecundidad adolescente para dichos grupos (entre 100 y 150 por mil), es superior a sus promedios nacionales. Sostienen que los grupos indígenas presentan mayor vulnerabilidad social, porque en general, viven en las condiciones socioeconómicas más desfavorables, y sus características y prácticas culturales al ser diferentes al resto de la población, suelen ser motivos de discriminación aumentando su marginación social.

Otra de las variables mencionadas ha sido el lugar de residencia. Si bien puede observarse una tendencia creciente en la fecundidad adolescente tanto en las zonas urbanas como rurales, se puede observar una mayor incidencia en las tasas correspondientes a adolescentes del medio rural (CEPAL, 2008; Escovar et. al., 2007; Pérez et. al., 2008).

Pantelides y Binstock (2007), por su parte, destaca que la fecundidad adolescente al asumir un alto nivel de variabilidad en distintas zonas o jurisdicciones, no sería apropiado atribuirle al lugar de residencia per se una influencia sobre la frecuencia de fecundidad en la adolescencia, sino que se trata de un indicador indirecto asociado al nivel socioeconómico y a la estructura de oportunidades del medio. Las características del área de residencia, en términos de accesibilidad y calidad de servicios en general, son considerados factores sociales que frente a su ausencia o precariedad, estimulan sentimientos de exclusión y de desarraigo territorial que agudizan los problemas de desintegración social (Sabatini, Cáceres y Cerda, 2001).

En el caso de Uruguay, según los datos presentados anteriormente, la maternidad temprana parecería ser un fenómeno más característico del área metropolitana, en donde, por otra parte, se concentra en las zonas periféricas de la ciudad donde la infraestructura urbana es precaria, en términos comparativos, a otras áreas de la misma (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2009).

Siguiendo con el análisis de las variables relacionadas con la fecundidad en la adolescencia, se ha encontrado un amplio consenso empírico sobre la relevancia de la dimensión educativa sobre las restantes variables (Amy, 2007; Binstock y Pantelides, 2006; Ciganda, 2008; Climent, 2009; Escovar et. al., 2007; Gerstenblüth et al., 2009; Guzmán et. al., 2001; Moreno et. al., 2006; Pantelides, 2004; Pantelides y Binstock, 2007; Pérez et. al., 2008; Stern, 2004; Varela, 1999, 2007). En tal sentido, se indica que la tasa de embarazos en esta etapa del ciclo vital se da mayoritariamente en mujeres que presentan un nivel educativo bajo, disminuyendo radicalmente, cuando la adolescente presenta un nivel de instrucción mayor. Esta relación inversa entre nivel educativo y fecundidad, se verifica en casi todos los países estudiados, atravesando también las diferencias culturales.

Si bien la relación que se mantiene entre el nivel de instrucción y maternidad en la adolescencia no es directa, la misma se da independientemente de la edad (Pantelides y Binstock, 2007). La proporción de madres en el grupo de adolescentes de 14 a 19 años de edad con bajo nivel educativo (primaria completa o menos) triplica a la proporción de madres de las mismas edades, pero con mayor nivel de instrucción (secundaria incompleta y más) (Binstock y Pantelides, 2006).

En Uruguay se observa en base a los datos correspondientes al periodo 2008 (M.S.P., 2010b), que el 61% de las madres adolescentes presentan un nivel educativo correspondiente a secundaria, y el 32% a primaria. Según el criterio empleado por la fuente, se entiende que la adolescente al menos ha cursado un año en el nivel educativo atribuido. Por otra parte, en relación a la zona geográfica, se indica que Montevideo, en términos comparativos, presenta menor porcentaje de adolescentes con un nivel de secundaria, siendo 58% para la capital y 65% para el resto del país.

Tabla 2.1.2. *Porcentaje de Nivel Educativo en Adolescentes en Uruguay. Año 2008*<sup>13</sup>

Estudios	Total de Casos	% sobre total de casos
Sin dato	356	5,3
Ninguno	19	0,3
Primaria	2172	32,1
Secundaria	4177	61,7
Universidad	42	0,6
Total	6766	

Por otra parte, en base a un estudio realizado por Gerstenblüth et al. (2009), señala que la maternidad en la adolescencia reduce aproximadamente un 58% la probabilidad de alcanzar nueve o más años de educación. Los bajos logros académicos conducen a una mayor vulnerabilidad social, al limitar las posibilidades de inserción laboral, y el acceso a salarios dignos, desembocando en ocasiones en situaciones de marginalidad social.

Se considera relevante destacar, en base a los resultados de algunos estudios examinados, que al momento de ocurrir el embarazo la adolescente no se encontraba inserta en el sistema educativo (Amorín et. al., 2006; Binstock y Pantelides, 2006; Gerstenblüth et al., 2009; Guzmán et. al., 2001; Ibarra, 2003; Kaztman y Filgueira, 2001; León y León, 2005; Pantelides, 2004; Pantelides y Binstock, 2007; Pérez, Silva, Escobar, 2010; Salazar et. al., 2007; Varela, 1999). En estos casos, se coincide en señalar que estudiar no era una aspiración ni ocupaba un lugar significativo en la jerarquía motivacional de la adolescente, y que a veces por falta de recursos económicos, no visualizaba la educación como un camino de movilidad social.

Pantelides (2004) sostiene que si bien no se tiene la certeza acerca del carácter “preventivo” que suele atribuirse a la educación, es posible pensar que la permanencia en el sistema educativo, es un indicador de la existencia de “proyectos de vida” diferente al asociado a la paternidad y maternidad. No obstante, la concreción de este tipo de proyecto depende de otros factores, como por ejemplo, la situación económica y las características

<sup>13</sup>Ministerio de Salud Pública [MSP]- Sistema Informático Perinatal [SIP] (2010b). *Datos 2008 sobre Fecundidad Adolescente en Uruguay*. Uruguay: Ministerio de Salud Pública (Unidad de Información Nacional en Salud, Dirección General de la Salud)

del mercado laboral, así como también, la vocación y el grado de emprendimiento individual. Con frecuencia las adolescentes que llevan a término su embarazo, perciben una estructura limitada de oportunidades en su vida futura, y desde ese marco, ni los costos de la maternidad temprana ni los beneficios de postergarla, parecen tan importantes (Amorín et. al., 2006; Furstenberg, 1998, en Pantelides, 2004; Pérez et. al., 2010). *“La existencia de proyectos de vida orientados al logro individual tiene un efecto positivo en la reducción de la frecuencia de conductas sexuales de riesgo, tanto por parte de las mujeres como por parte de los varones...”* (Pantelides, Geldstein, Domínguez, 1994, en Pantelides, 2004, p. 25-26)

En relación a la situación conyugal, la proporción de madres adolescentes solteras (sin pareja estable) desciende a medida que aumenta su edad. Es decir, a mayor edad, menor el porcentaje de solteras y mayor el de casadas y unidas. Asimismo, independientemente de la edad de la adolescente, para aquellas que se encuentran en pareja, en su mayoría la modalidad de unión no es el matrimonio sino la unión consensual (Amorín et. al., 2006; Binstock y Pantelides, 2006; Escovar et. al., 2007; Guzmán, et. al., 2001; Pantelides y Binstock, 2007; Pérez et. al., 2010; Salazar et. al, 2007; Salazar, Acosta, Lozano, Quintero, 2008; Varela, 1999).

Según las cifras registradas en el año 2008 (MSP, 2010b), a nivel nacional el porcentaje de adolescentes madres casadas es del 5,9%, en unión libre asciende a 50,1%, y las solteras representan el 36,3%. Se observa que los datos referidos al Interior del país, en cuanto al porcentaje de matrimonios y unión libre, muestran cifras superiores a las registradas en Montevideo. No obstante, en la capital del país se revela un mayor número de casos de madres adolescentes solteras en comparación a las presentadas en el resto del territorio nacional.

Por otro lado, estudios realizados en Argentina (Pantelides y Binstock, 2007), arrojan datos respecto al estado civil de las adolescentes, que pondrían en duda la creencia social respecto a la condición de madre soltera que se les acredita.

[...] ya sea porque una cantidad de adolescentes embarazadas se unen o se casan legalmente a raíz del embarazo o porque las adolescentes que se unen o se casan tienen como proyecto la maternidad inmediata, lo cierto es

que más de la mitad de las adolescentes madres son casadas o unidas y, por tanto, la mayoría de los nacimientos de madres adolescentes provienen de mujeres que viven en pareja al momento de registrar el nacimiento [...] (Pantalides y Binstock, 2007, p.37).

Finalmente, si bien no se profundizará al respecto, se considera importante agregar a lo expuesto, algunas características fuertemente relacionadas con la reiteración del embarazo en la adolescencia. Lammers (2000) menciona en su amplio trabajo empírico, la existencia de un período inter-embarazo que promedia menos de dos años, lo cual agrega un factor de riesgo adicional a la adolescente que ya es madre. Destaca como características de este sector poblacional: la inasistencia al centro educativo, tener pareja estable, el deseo de un nuevo embarazo, algunas consecuencias asociadas al primer embarazo (aborto, muerte fetal, recién nacido prematuro, muerte neonatal). Concluye que la alta prevalencia del segundo embarazo en la adolescencia, sugiere que las estrategias preventivas que se instrumenten, deben estar dirigidas no sólo a las adolescentes en general, sino también a aquellas que ya son madres.

En relación a este aspecto, en el anterior estudio realizado por la autora (Pérez et al., 2010), si bien se observó un declive en el porcentaje de embarazos planificados cuando se trató del segundo hijo, el tamaño de las muestras empleadas y el margen de error resultante, no permitieron ser concluyentes al respecto.

#### **2.1.2.4. Perspectiva(s) sobre el embarazo y la maternidad en la adolescencia.**

La mayoría de las investigaciones encontradas, desarrolladas en la última década en relación al embarazo precoz o maternidad temprana, se han focalizado en los aspectos patógenos que este evento traslada a la vida de una adolescente. O también, los tratan como fenómenos que amenazan el desarrollo de la sociedad, al comprometer la preparación de las nuevas generaciones para responder a las exigencias del mercado del conocimiento y la especificación técnica.

La construcción de la mirada social sobre tales fenómenos en términos de no normalidad, puede explicarse considerando, por un lado, los criterios establecidos por la

sociedad occidental respecto a su perspectiva de lo que es una parentalidad apropiada (Raeff, 1994, en Leiva, 2010), por el otro lado, el conjunto de expectativas y roles asignadas a cada etapa evolutiva (Coll, 2001; Pérez et. al., 2008).

En general, “[...] *en las sociedades occidentales las normas óptimas de la parentalidad no ven al adolescente como un agente apropiado para la crianza de un niño, ya que el ser padres es visto como un periodo de transición mayor en la vida de un sujeto* (Leiva, 2010, p. 29). Asimismo, de acuerdo a Antonucci y Mikus (1988, en Leiva, 2010), la parentalidad implica un período de desequilibrio y desorganización, donde el nacimiento de un hijo(a) modifica la constelación de roles y relaciones definida hasta ese momento en la vida de la persona. En tal sentido, de acuerdo a las características evolutivas de la adolescencia, la maternidad sería percibida como una situación riesgosa y problemática, constituyendo un fenómeno no deseable socialmente. Asimismo, según Kaztman y Filgueira (2001), aumenta la probabilidad de bloqueos en la acumulación de activos del adolescente y conforma un eslabón importante de la cadena, que en muchos casos condena a la exclusión social a lo largo de toda la vida.

Stern (1997), por su parte, señala que existe una serie de razones que explican el embarazo y por ende la maternidad en la adolescencia como un problema social. La persistencia de las condiciones de pobreza de la población, en especial en los países en desarrollo, cuyas condiciones socioeconómicas globales hacen dudar sobre sus posibilidades de realizar mayores inversiones en áreas de la salud y educación, para lograr la cobertura que el problema demanda. La desigualdad de género que aún persiste en la era postmoderna, en donde las mujeres se enfrentan a constantes falta de oportunidades en sus comunidades. Las nuevas tendencias culturales y sociales que han promovido un cambio en las normas respecto a lo que es correcto y adaptativo, a partir del cual el embarazo en la adolescencia pasó de ser algo que brinda estatus y reafirma la entrada a la edad adulta a ser considerado un problema que debe erradicarse. Finalmente, las condiciones adversas que enfrenta un porcentaje importante de jóvenes latinoamericanos, que limitan sus tiempos y procesos de crecimiento esperables, y que difícilmente en ese escenario les habilite hacerse cargo de una familia, aunque en ocasiones estarían dispuestos y lo desearían hacer.

Coll (2001) y Pérez et. al. (2008), plantean otra posición respecto a la maternidad temprana, en donde ponen el acento en los roles y responsabilidades que son esperables de asumir en cada etapa evolutiva. Cuando se piensa en los roles sociales de un adolescente en la cultura occidental, en general, se espera que se encuentre estudiando (es obligatorio finalizar la educación media), no trabaje (no es posible trabajar al menos formalmente como sujeto de derechos laborales hasta llegar a determinada edad), integre un grupo de pares con quienes comporta su tiempo libre y de ocio. Desde este escenario social, el embarazo y por ende la maternidad, integran la constelación de comportamientos no esperables para este ciclo vital. Ambos autores sostienen que independientemente del significado que adquiera culturalmente la adolescencia o la variedad de criterios asociados a su inicio y finalización, la maternidad y paternidad son roles propios de la vida adulta. Agregan que si bien en la adolescencia se adquiere la capacidad física para concebir un hijo, en esta etapa evolutiva continúan en proceso de maduración otras dimensiones de su ser (cognitivas, emocionales, sociales), que serán fundamentales a la hora de asumir la maternidad y paternidad.

Teniendo en cuenta lo planteado hasta el momento, parecería que

[...]La maternidad precoz no es un tema neutral y se encuentra inserta en una estructura desde un discurso social, normativo, regulatorio y hegemónico, conectado con el ideal de maternidad, sexualidad y constitución familiar (McDermontt y Graham, 2005, en Leiva, 2010, p. 30).

Desde la perspectiva de la autora, resulta paradójico encontrar evidencia empírica que contradice los argumentos dominantes sobre la temática, y además, no suelen ser considerados al momento de definir el rumbo de las políticas públicas y programas de intervención destinados a la población identificada como de riesgo. Los resultados obtenidos en un anterior estudio empírico realizado por la autora (Pérez et. al., 2010), y otros trabajos donde se reúnen distintas experiencias e iniciativas encontradas en la academia (Duncan, 2007; Leiva, 2010; Pereira, 2011a, 2011b; Reis Brandao, 2006), las políticas y los programas (Varela, 2007; Peregalli, Ubal, Méndez, 2011), muestran una

mirada diferente en torno a la temática. Los mismos, parecen reunir evidencias que no contradicen pero permiten mejorar y enriquecer la visión hegemónica, vigente hasta el momento sobre el fenómeno. Por ello, se considera que si bien las razones que definen la maternidad en la adolescencia como un problema parecen plausibles, muestran una visión reduccionista, incompleta, parcial de la parentalidad adolescente, la cual podría estigmatizar socialmente a quien se encuentra en esa situación.

Duncan (2007), en su trabajo, brinda una serie de explicaciones respecto a la diversidad de visiones que se pueden encontrar sobre el fenómeno, y parecen estar asociadas a la metodología de investigación empleada para conocer el mismo. Según señala Graham y Mc Dermott (2005 en Duncan, 2007), se pueden encontrar diferencias en los enfoques sobre la temática por parte de las investigaciones de tipo cualitativo y cuantitativo. En tal sentido, mientras que en el primero se hace hincapié en los procesos sociales de construcción de la parentalidad adolescente, en el segundo, se focaliza en los resultados sociales que el mismo conlleva. Si bien ambas metodologías pueden ser complementarias y habilitadoras de una mejor comprensión sobre la temática, se evidencia un mayor empleo de resultados obtenidos por las investigaciones de corte cuantitativo para la fundamentación de políticas públicas y programas derivados para su abordaje social (Duncan, 2007). Esto promueve una mirada reduccionista e incompleta sobre el embarazo precoz y la maternidad temprana, que según plantea Pereira (2011b), corre el riesgo de vulnerar los derechos de quienes son padres en la adolescencia.

Leiva (2010) reconoce que en la mayoría de las investigaciones sobre la temática *“no se ha promovido ni enfatizado la propia visión de las jóvenes y la importancia de la auto-conceptualización y la auto-evaluación de su rol frente a un evento de vida mayor”* (Raeff, 1994; Schultz, 2001, en Leiva, 2010, p. 27-28). Agrega que sería interesante cuestionarse acerca del sentido atribuido a la maternidad por aquellas mujeres que han tenido a sus hijos(as) siendo adolescentes. Al respecto, Duncan (2007) cita una serie de investigaciones donde las adolescentes expresan su actitud positiva respecto a su temprana maternidad, atribuyendo a la experiencia la razón para cambiar el rumbo de sus vidas, retomar sus estudios o buscar alternativas para capacitarse y lograr un empleo.

Por otro lado, también se encuentra la perspectiva de Amorín et. al. (2006) y Brandao (2006), quienes destacan que el significado de la maternidad y paternidad para los adolescentes, se encuentra directamente relacionado con las imágenes de género propuestas por la cultura y por el contexto social al que pertenecen, asimismo, el ciclo vital que transitan imprime ciertas particularidades en sus conceptualizaciones. Consideran que a través de sus discursos y prácticas es posible identificar sus percepciones acerca del significado de la maternidad, acercarse al imaginario respecto al rol y la valoración que atribuyen al ser madre. “[...] *más que un problema en sí mismo, el embarazo en la adolescencia debe entenderse en función de los múltiples procesos a los que está asociado y a las significaciones que éste adquiere en cada cultura y grupo social [...]*” (Stern, 1995, en Guzmán et. al., 2001, p. 393).

Pereira (2011b), por su parte, reconoce la necesidad de cuestionar los puntos de partida de las acciones destinadas a los adolescentes en relación a este tema, donde se los ubica en un lugar de “no saber”, “inmaduros”, “irresponsables”. Plantea la importancia de *“comprender el sentido con el que los jóvenes viven su sexualidad, sus decisiones reproductivas, su transición al mundo adulto”* (en edición).

Duncan (2007) plantea una reflexión similar sobre el fenómeno, y propone contemplar lo que piensan y sienten los adolescentes respecto a su parentalidad, la cual, en muchos casos se ha convertido en la oportunidad para tener esperanza y entablar nuevos caminos de inclusión social. En tal sentido, convertirse en padres para algunos grupos de jóvenes ha sido una oportunidad para ser más fuertes, sentirse más competentes y responsables de sus vidas y la de sus hijos.

Lo anterior, permite un interesante cuestionamiento sobre la perspectiva hasta ahora hegemónica sobre el embarazo precoz y la maternidad temprana. La relevancia que está adquiriendo los patrones socioculturales, la consideración del contexto para la adecuada interpretación de las necesidades, la importancia de tomar en cuenta la dinámica vincular del grupo de pertenencia, y el sistema de creencias (sentidos y significados) respecto a diferentes aspectos de la vida personal y social que posee el individuo, podrían también incorporarse e integrarse a las concepciones sobre el fenómeno, e incluso, considerarse al

momento de desarrollar estrategias de abordaje, derivadas de las políticas públicas y programas asociados.

## Síntesis

Se conceptualiza a la adolescencia como un periodo de transición desde la niñez hasta la adultez, donde ocurren una serie de cambios a nivel biológico, cognitivo y social; los mismos, suelen ser experimentados por el sujeto como momentos de desajuste, confusión, enojo y angustia. Asimismo, es una etapa en la vida caracterizada por las pérdidas y por los duelos, que serán significados y transformados en oportunidades de crecimiento y maduración. En tal sentido, Aberastury y Knobel (2001) destacan que la entrada al mundo adulto se representa con la pérdida de su condición de niño, lo cual implica el duelo por el cuerpo de niño, por su identidad infantil, y por su relación con padres y pares de la infancia, para dar lugar a la construcción de su nueva identidad, que básicamente intentará responder a la pregunta ¿quién soy yo?.

Por otra parte, los autores consultados reconocen que si bien los cambios biológicos que suceden al comienzo del ciclo son universales, su expresión y aparición temporal no es uniforme. Además, las transformaciones que ocurren a nivel psicosocial se encuentran influidas por el contexto sociocultural de la persona, el cual incidirá en la construcción de su ‘nueva’ identidad y posibles elecciones a nivel sexual, moral, educativo, laboral, político, entre otras.

Amorín et. al. (2006), plantean que las características históricas que dieron origen a esta etapa, prueban que la misma además de ser una categoría evolutiva, también se la puede considerar una construcción social, en estrecha dependencia con la clase social de pertenencia. Consideran que los diversos fenómenos sociales que caracterizan a las sociedades modernas e industrializadas influyen en la construcción identitaria de la persona, afectan su subjetividad, y promueven conflictos con diversos matices, que deben ser abordados para su comprensión de acuerdo a su complejidad.

Esta aproximación social a la adolescencia ha ocupado el interés de varios informes de elaboración nacional e internacional, los cuales advierten de la existencia de desigualdad

en este sector de la población, la cual se asocia estrechamente a las características socioeconómicas del adolescente (ANEP, 2010; CEPAL, 2008; UNICEF Uruguay, 2009; MIDES, 2006, 2009a, 2009b; MEC, 2009; UNICEF Uruguay, 2010).

Los documentos analizados al respecto, parecen coincidir en la identificación de un sector social donde lo común es la prolongación de la adolescencia, mientras que en el otro sector social, lo normal es asumir responsabilidades y deberes característicos de la adultez en condiciones más adversas que las vividas por los adolescentes de estratos más altos (Amorín et. al., 2006; Filgueira, 1996; Kaztman y Filgueria, 2001; Perdomo et al., 1998). En tal sentido, uno de los roles comúnmente asumidos por este último sector de la población, es la temprana parentalidad.

La maternidad es una experiencia de gran impacto psicológico, biológico, social y cultural a cualquier edad, y adquiere expresiones particularmente más complejas cuando este proceso se da en paralelo a las crisis propias de la adolescencia. La conjugación de ambos procesos, trae consigo la pérdida o la demora en alcanzar ciertos logros característicos de esta etapa evolutiva.

Según la revisión bibliográfica realizada, en la última década el embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido abordados principalmente desde dos enfoques. En tal sentido, se lo identifica como una cuestión de salud pública (Pereira, 2011b) o/y como un problema social (Kaztman y Filgueira, 2001). Al respecto, Duncan (2007) agrega que el discurso político sobre este fenómeno lo describe como resultado de decisiones erradas de adolescentes víctimas de su ignorancia, falta de información y bajas expectativas.

En general, se podría afirmar que ambas perspectivas han influido en las investigaciones sobre embarazo precoz y maternidad temprana, así como también, en la elaboración de políticas públicas y programas de intervención destinados a esta población. Se coincide con Duncan (2007), quien afirma que las investigaciones realizadas sobre la temática, especialmente aquellas enmarcadas en una metodología cuantitativa, han brindando un soporte científico capaz de reforzar el discurso social dominante sobre el fenómeno, y también, justificar el enfoque principalmente preventivo asumido a nivel estatal sobre el mismo.

Si bien las razones que definen la maternidad en la adolescencia como un problema parecen plausibles, se han encontrado también un número significativo de trabajos, abordados desde paradigmas adscritos a la metodología cualitativa de la investigación social, que aportan una mirada distinta sobre el fenómeno, habilitando una interesante reflexión sobre el mismo.

Desde este nuevo enfoque, se le brinda mayor relevancia a los patrones socioculturales, se considera especialmente el contexto para la adecuada interpretación de las necesidades, se le otorga importancia a la dinámica vincular del grupo de pertenencia, y al sistema de creencias (sentidos y significados) respecto a diferentes aspectos de la vida personal y social que posee el individuo, entre otros.

Se piensa que los resultados arrojados desde esta nueva mirada no contradicen y permiten enriquecer la perspectiva hasta el momento hegemónica sobre la temática. E incluso, se cree pertinente su consideración al momento de desarrollar estrategias de abordaje, derivadas de las políticas públicas y programas asociados.

## **2.2. ATENCIÓN SANITARIA: EL ABORDAJE DESDE EL CAMPO DE LA SALUD AL EMBARAZO PRECOZ Y LA MATERNIDAD TEMPRANA**

Teniendo en cuenta que, en Uruguay, el sector de la salud ha instrumentado mayores acciones en torno al fenómeno del embarazo precoz y la maternidad temprana, en términos comparativos a otras áreas como la educación, seguridad social, vivienda (Peregalli et al., 2011; Pérez et al., 2010), es que se decide profundizar al respecto.

Asimismo, el área de la salud ha mostrado cambios en relación a las estrategias empleadas, advirtiéndose un progresivo avance hacia un modelo de atención integral desde un enfoque de derechos. En tal sentido, el MSP (entre otros, 2007, 2009, 2010a) ha sido autor de diversos programas sanitarios que tienen como eje central la atención integral de la salud del adolescente, ocupando un lugar central la mejora en la calidad de las estrategias para el abordaje de la salud sexual y reproductiva de los mismos. En estos documentos se aborda el embarazo precoz y la maternidad temprana, como capítulos centrales de la atención sanitaria.

En el capítulo se desarrollan los lineamientos generales presentes en la atención sanitaria para adolescentes, ahondando en aquellos criterios empleados para situaciones de embarazo y maternidad. La intención es poder construir un marco de referencia adecuado para la comprensión del quehacer profesional respecto a su trato sobre este fenómeno social.

### **2.2.1. Embarazo Temprano: Un problema de salud pública a partir de los noventa.**

Según constata la CEPAL (2008), respecto a la fecundidad temprana en América Latina y el Caribe, hasta la década de 1980 se advirtió una tendencia al descenso en las tasas registradas. No obstante, desde fines de la década del ochenta, esa tendencia se interrumpe e incluso, en algunos países de la región, ocurre un aumento significativo. A partir de entonces, se pueden identificar distintas instancias internacionales, en donde el foco de atención y preocupación pasó a ser el embarazo en la adolescencia, debido a sus

efectos negativos a nivel psicosocial para la adolescente, y su incidencia como reproductor de la pobreza y exclusión social.

La Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe, en 1989, fue el primer foro de discusión sobre la problemática de la fecundidad adolescente en la región (Pantelides, 2004).

[...] en América Latina, los programas de salud reproductiva para los adolescentes se han iniciado sin el apoyo de las políticas o las instituciones nacionales. En ocasiones han encontrado obstáculos concertados o resistencia abierta (Paxman, 1989, en Pantelides, 2004, p. 16).

[...] en la mayoría de los casos, la iniciativa había sido de las organizaciones no gubernamentales o de profesionales altamente motivados, ajenos a las políticas nacionales de salud (Paxman, 1989, en Pantelides, 2004, p. 21).

En la Conferencia de Población y Desarrollo realizado en El Cairo en 1994, se planteó la importancia de abordar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general y de la vida de los individuos. Desde este contexto, los adolescentes son visualizados como los principales destinatarios de políticas, por sus necesidades específicas a nivel de salud sexual y reproductiva y los derechos y responsabilidades asociados a éstas, debido a sus condiciones por ser un sector poblacional de riesgo, y porque es en esta etapa en la que se definen la gran mayoría de los aspectos que influyen en la conducta sexual y reproductiva que afectará a los individuos en el transcurso de su vida. En el marco de la conferencia, se elaboró el programa de acción, en donde se explicito la necesidad de instrumentar medidas que tengan como objetivo reducir sustancialmente la tasa de fecundidad en la adolescencia (Guzmán et al., 2001).

Próximo en el tiempo, se puede ubicar la Cumbre del Milenio, promovida por las Naciones Unidas en el año 2000, en la cual participaron 191 países, y se propuso como objetivo el desarrollo de políticas públicas capaces de incidir en la fecundidad adolescente (Escovar et al., 2007).

La OMS (1995), por su parte, destaca varios factores asociados al embarazo adolescente, como ser: la madurez biológica, el bajo nivel educativo y su desventajosa situación económica, la ausencia de un proyecto de vida diferente a la maternidad, el inicio temprano de las relaciones sexuales, la falta de una educación sexual adecuada, la utilización inconsistente de métodos anticonceptivos, el uso de sustancias ilegales, y el abuso sexual y/o físico. Asimismo, se ha podido hallar, en las investigaciones consultadas realizadas en América Latina y el Caribe, una correlación positiva entre dichos factores y la tasa de fecundidad en la adolescencia (Coll, 2001; Stern, 2004; Ibarra, 2003; Moreno et al., 2006; Pantelides y Binstock, 2007, Escovar et al., 2007, Salazar et al., 2008).

Según señala Pereira (2011a), los factores de riesgo asociados al embarazo precoz, han conformado la base de supuestos que delimitaron el tipo de políticas de abordaje destinados a la parentalidad temprana a nivel nacional. Desde mediados de los '90, las políticas públicas implementadas en Uruguay han intentado reducir la tasa de fecundidad adolescente a través de acciones principalmente derivadas del área de salud con un enfoque preventivo. En tal sentido, los esfuerzos se han focalizado en la elaboración de programas de intervención para los servicios de salud sexual y reproductiva de las policlínicas barriales, en la colaboración del desarrollo de contenidos curriculares sobre educación sexual en varios niveles de enseñanza, y en la mejora de canales de acceso a los métodos anticonceptivos.

La perspectiva de riesgo y sus acciones preventivas derivadas, han mostrado los resultados esperados, ya que la tasa de fecundidad adolescente ha descendido (Setaro y Koolhaas, 2008). No obstante, desde la perspectiva de la autora, refleja una visión reduccionista de la parentalidad adolescente, que en momentos estigmatiza socialmente a quien se encuentra en esa situación. En general, se ha naturalizado en la sociedad un discurso que promueve la prevención como única estrategia de abordaje, sin considerar o matizar dicha postura, con la elaboración de estrategias destinadas a apoyar a los adolescentes que ya son padres. E incluso, en las pocas iniciativas en las cuales son contemplados, no se comprende de manera sistémica a la familia, evidenciándose un abordaje fragmentado, donde se excluye al hijo y/o al padre según sea el programa que se analice (Pereira, 2011a; Peregalli et al., 2011; Pérez et al., 2010).

Parecería, entonces, que la conceptualización del embarazo temprano en términos de problema sanitario y social ha permeado, desde el momento que aparece en la escena política internacional y nacional, no sólo las diferentes acciones a nivel programático sino también ha fomentado una percepción social sobre la adolescencia como una etapa de riesgo y caos.

[...]de esta forma se va consolidando un estilo adultocéntrico de (mal) trato desde los mundos adultos hacia las poblaciones jóvenes, desde la concepción de adolescencia como problema, riesgo y amenaza [...] Esta situación tiene variadas incidencias en la política pública la que, si pretende obtener impactos significativos tiene que discutir dichas nociones y desde ahí replantear los imaginarios con que se aborda a estos grupos sociales, principalmente porque el impacto es más evidente entre los más pobres (Gutiérrez, Olate, Duarte, Navarro, y Pérez, 2006, en Pereira, 2011b, en edición)

Lo explicitado por los autores, da cuenta de la importancia de renunciar a la mirada sesgada que se tiene sobre la adolescencia, especialmente sobre las decisiones que el chico/a tome en esta etapa de tránsito hacia el mundo adulto, si se pretende asumir un enfoque de derechos en las políticas públicas y sus respectivos desarrollos programáticos. Se coincide con Leiva (2010), cuando señala que esta etapa no debería ser considerada como un período de la vida caótico, sino como un momento en donde el individuo se enfrenta a una variedad de demandas, las que podrían o no generar contradicciones y problemas.

*“En función de la edad de los individuos el Estado modela roles, asigna responsabilidades institucionales para que éstos se cumplan y se compromete a garantizarlos como derechos, un hecho que contribuye al lugar social del adolescente [...]”* (MIDES, 2009a, p. 2) Hasta donde se sabe, las adolescentes no pierden sus derechos como tales, por ser madres o padres, con lo cual, la ausencia de soportes sociales para que las adolescentes tengan asegurado su derecho a la educación y los apoyos necesarios, para que puedan ejercer el derecho a la crianza de sus hijos con dignidad, interpela necesariamente a

las políticas y programas que actualmente se están instrumentando en el países en relación a esta temática (Peregalli et al., 2011;Pérez et al, 2010). La proporción desigual entre los esfuerzos y acciones destinadas a la prevención del embarazo en la adolescencia y aquellos destinados a brindar soporte para quienes ya son padres, define un panorama inequitativo que vulnera los derechos de estos últimos (Pereira, 2011b).

Asimismo,

[...]El Estado no puede intervenir estrictamente en las biografías, las capacidades o los genes de los sujetos de derechos, pero sí puede responder para que todos puedan acceder a los mecanismos básicos para el desarrollo individual y la integración social: salud, educación, trabajo, para nombrar solo tres que estructuran el Estado de Bienestar (MIDES, 2009a, p. 2)

En tal sentido, implicaría que el embarazo y la maternidad en la adolescencia también deberían ser considerados como producto de una decisión deliberada por parte de las adolescentes, y no únicamente en términos de situación no deseada. Esto da cuenta de la importancia de un cambio en la perspectiva abordada por los programas de acompañamiento, particularmente desde el área de salud, sí se pretende un abordaje que realmente proteja los derechos de quienes son padres.

Si bien las razones que definen el embarazo y la maternidad en la adolescencia como un problema parecen plausibles, en el anterior estudio empírico<sup>14</sup> (Pérez et al., 2010), para un segmento importante de las adolescentes consultadas, el embarazo integraba el proyecto de pareja y personal que tenían. En estos casos, el nacimiento del niño/a, además de asociarse a sentimientos marcadamente positivos, daba cuenta de la consolidación de la relación de pareja y representaba el inicio de la creación de su propia familia. Estos resultados coincidieron con los obtenidos por la evaluación del Programa<sup>15</sup> Acompañamiento Socioeducativo de madres y padres adolescentes, realizado en el año

---

<sup>14</sup>De acuerdo al tamaño de la muestra y el margen de error resultante, los resultados son exclusivamente válidos para el tiempo y el lugar en que se efectuó el mismo, es decir, la exploración realizada respecto a la maternidad temprana se circunscribe a las condiciones que presentaron las muestras empleadas.

<sup>15</sup>Ver apartado 2.2.1. del capítulo.

2008, donde se destaca *“la mayoría de las adolescentes entrevistadas declara haber planificado su embarazo, existiendo pareja estable”* (Garibotto et al., 2008, p. 9). Asimismo, Duncan (2007) reúne una serie de trabajos empíricos, los cuales coinciden en concluir que la parentalidad temprana no fue resultado de la ignorancia ni de las bajas expectativas ni fue una catástrofe vital para los adolescentes, catalogándose tal experiencia como positiva y colmada de esperanza y nuevas oportunidades de inclusión social.

De lo anteriormente expuesto, se visualiza la existencia de un dilema fundamental en torno al embarazo precoz y la maternidad temprana, el cual el Estado uruguayo no parece estar resolviendo adecuadamente a través de las políticas y programas instrumentados.

[...] en el área social se han fundamentado en la concepción política de ciudadanía uruguaya más allá de su condición socioeconómica, género, etaria y étnica debería tener oportunidades efectivas que les posibiliten el desarrollo de una vida digna, a través del ejercicio de sus derechos ciudadanos (Centro Latinoamericano de Economía Humana [CLAEH], 2009, 71).

Siguiendo con este lineamiento, se establece como consecuencia principal que *“[...] el Estado debe ofrecer protecciones básicas y de calidad que permitan resguardar los múltiples riesgos sociales en particular y principalmente a los estratos sociales de mayor vulnerabilidad”* (CLAEH, 2009, p. 71). Teniendo en cuenta este marco político, se podría afirmar que uno de los deberes más importantes que asume el Estado, particularmente en relación a la infancia y la adolescencia, es justamente asegurar la equidad de oportunidades como sujetos de derechos, para que todos puedan acceder a los mecanismos necesarios que permitan su desarrollo individual e integración social. Sin embargo, como se ha anunciado anteriormente, en lo relacionado a la maternidad temprana, parece predominar a nivel de políticas públicas un abordaje parcializado y estigmatizante, es decir, su foco de atención se reduce a la prevención de la misma y no se considera o explícita un acompañamiento acorde a las necesidades presentes en madres y padres adolescentes (Pérez et al., 2010).

### 2.2.2. Salud para Adolescentes en el Uruguay

En el marco de la reforma de salud, impulsada por el gobierno a partir del año 2005, se han desarrollado una serie de programas dirigidos a mejorar la protección social en salud para niños y adolescentes del país. Parte de la estrategia empleada para tales fines, ha sido a través del fortalecimiento del primer nivel de atención y la complementación entre los prestadores de servicios de salud públicos y privados.

El Programa Nacional de Salud Adolescente (MSP, 2007), integra la nueva propuesta sanitaria, desde un enfoque de derechos y género. *“Brinda orientaciones al sector público y privado, promoviendo alianzas intersectoriales, fortaleciendo las redes sociales y despertando las diversas realidades”* (Setaro y Koolhaas, 2008, p. 22). Su propósito es,

Mejorar la calidad de vida de la población adolescente del Uruguay, promoviendo su crecimiento y desarrollo integral, desde un enfoque de derechos y de género, para incidir en el presente y futuro tanto de la población adolescente como en la de todo el país (MSP, 2007, p. 30)

Según se señala en el documento<sup>16</sup> (MSP, 2007, p. 26),

La mortalidad por accidentes, los suicidios e intentos de suicidio, los homicidios, la exclusión del sistema educativo formal, las dificultades de ingreso al mundo laboral, las y los adolescentes que se embarazan sin soporte social, las infecciones de transmisión sexual, los hábitos de consumo, los trastornos alimenticios, entre otros, son algunos de los problemas que viven adolescentes y jóvenes; tienen causas comunes por lo que es necesario comprenderlas y atenderlas si se pretende brindarles condiciones que les permitan tener igualdad de oportunidades para vivir esta etapa plenamente y propender a la mejor calidad de vida en etapas sucesivas de su ciclo vital.

---

<sup>16</sup>Lo subrayado es de la autora

Al respecto se podría comentar que el embarazo temprano continua siendo visualizado como un problema, que al igual que los otros mencionados, limitan las oportunidades de vivir plenamente la adolescencia y compromete su desarrollo futuro como sujeto biopsicosocial. Además, se señala que estos problemas que viven los adolescentes son precedidos por causas comunes, las cuales deben ser comprendidas y abordadas si se pretende asegurar la equidad entre la población adolescente del país.

Más adelante, se aclara que los aspectos mencionados, conforman el abanico de problemas que evidencian la inadecuada atención de la salud de adolescentes, siendo las causas principales de morbilidad a estas edades tanto en Uruguay como en el mundo. Se considera, además, la importancia de un abordaje que priorice una óptica integral<sup>17</sup>, ya que se cree acerca de la naturaleza prevenible de dichos fenómenos (MSP, 2007).

El enfoque integral de desarrollo humano propuesto en el marco conceptual de la OPS es una estrategia de promoción de salud, y que invertir en adolescentes supone un ahorro futuro para los países. De esta manera, el gran desafío de los próximos años será utilizar este marco para desarrollar programas integrales, recolectar información desagregada, mejorar el acceso a los servicios, mejorar el ambiente donde viven, comprometerse con la promoción de salud, mejorar el vínculo entre escuelas, familias y comunidades, apoyar la transición a la edad adulta, utilizar un enfoque de género en los servicios, fomentar la participación juvenil y promover la articulación interinstitucional (Maddaleno, Morello, Infante-Espinola, 2003 en MSP, 2007, p. 29)

La explicación brindada, permite concluir que la atención preventiva continua siendo la prioridad en el abordaje sanitario, cuyas acciones y esfuerzos deben estar destinados a evitar la ocurrencia de problemas, como el embarazo precoz, en la adolescencia. La novedad hallada, parece ser la intención de modificar la estrategia de

---

<sup>17</sup> “Diseñar políticas públicas con un enfoque de derechos humanos, supone, [...] considerar a las políticas, más allá de sus contenidos específicos (educación, salud, o seguridad social), como instrumentos que deben atender integralmente el desarrollo de las personas” (UNICEF, 2006, en MSP, 2007, p. 26)

abordaje empleada hasta el momento. Al respecto, se señala como nuevos lineamientos: la adopción de un enfoque de género, el progresivo involucramiento y participación de los adolescentes, el fortalecimiento de los vínculos y redes sociales, el mejorar el trabajo interinstitucional, así como también, la necesidad de generar soportes que acompañen la transición del adolescente hacia la adultez.

Relacionado con lo anterior, resulta importante destacar, el reconocimiento explícito por parte del MSP de transitar hacia un cambio de paradigma, superando así, las limitaciones encontradas en el abordaje biomédico. Según señala el MSP (2007), el desarrollo y consolidación de la nueva perspectiva, está relacionada con la progresiva incorporación de aportes teóricos y metodológicos provenientes de los siguientes marcos conceptuales: Enfoque de Derechos Humanos, Enfoque Ecológico, Enfoque de Género, Enfoque Étnico, Educación para la salud, el Enfoque de Resiliencia.

En relación a este aspecto, Castellano, Heinzen, Nión (2011), señalan que Uruguay se encuentra en un proceso de cambio de paradigma en la salud, caracterizado por un fuerte cuestionamiento social al modelo biomédico, donde se pueden identificar una serie de cambios que muestran una fractura con este modelo hegemónico. Entre ellos destacan la masificación de la profesión médica, la feminización de la misma, la integración más democrática, la existencia de médicos cada vez más jóvenes; los cuales son interpretados por las autoras como cambios que desestabilizan la base de autoridad y cuestionan su tradicional poder social.

Se podría pensar, de acuerdo a lo expuesto, que el Programa Nacional de Salud Adolescente evidencia la intencionalidad de asumir un cambio de paradigma por parte del órgano rector de políticas sanitarias del país. Asimismo, las directrices contempladas en la misma, parecen responder a este anhelo político. Por ello, en el caso de la atención dirigida a adolescentes, el enfoque integral implica los siguientes aspectos (MSP, 2007):

- Promoción de estilos de vida saludables.
- Prioriza la prevención de factores de riesgo.
- Focaliza la atención no sólo a nivel familiar sino también involucra a su red social.
- Se estimula la participación de los adolescentes.

- Se accede a los distintos ámbitos de pertenencia del sujeto, como ser su hogar, lugar de estudio y/o trabajo.
- Se trabaja en el marco de un equipo de técnicos, promoviendo un abordaje interdisciplinario e intersectorial, preparado para atender las diferentes adolescencias y sus respectivas necesidades.

Además, se reconoce la adopción de una orientación bio-psico-social, el cual se gesta a partir de un diagnóstico situacional de las necesidades y problemas que presenta el adolescente en la consulta<sup>18</sup>. Se agrega, que las condiciones de la misma deberían realizarse a través de servicios privados, confiables y asequibles, asegurando así, una atención de calidad y amigable (MSP, 2007).

El Programa Nacional de Salud Adolescente contempla acciones destinadas a la población adolescente en general (enfoque universal) y “*a grupos que presentan situaciones de vida particulares que conllevan menores oportunidades de tener un desarrollo sano*” (MSP, 2007, p. 29). En este último grupo de atención (enfoque de equidad), se ha ubicado a los adolescentes que son padres y madres.

Se piensa que la conjunción de los nuevos lineamientos descriptos, podrían estar definiendo el actual abordaje y acompañamiento de las adolescentes en estado de gravidez o madres, lo cual resulta interesante conocer más allá de lo establecido a nivel programático<sup>19</sup>, ya que parecería trascender la categoría atribuida como problema.

Se trata de una condición que implica dimensiones biológicas, psicológicas, afectivas y socioculturales por lo cual cobra características específicas en esta etapa. Por otro lado, es una condición que siendo puerta de entrada a los servicios de salud, es necesario visualizarla como oportunidad para acercar a las y los adolescentes y a sus adultos de

---

<sup>18</sup>Ver Anexo 1

<sup>19</sup>La atención sanitaria debe seguir los lineamientos de las normativas y guías del MSP, definidas en el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (MSP, 2007). En tal sentido, las referencias empleadas son los siguientes apartados del programa: Normas de Atención a la Mujer Embarazada, Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio, Asesoramiento para una maternidad segura, Guía en Salud Sexual y Reproductiva (Anticoncepción). Asimismo, el MSP (2009) ha elaborado una guía para el abordaje integral de la salud adolescente en el primer nivel de atención, donde se incluye las especificaciones a partir de la primera consulta que realiza la adolescente embarazada en el Centro de Salud.

referencia a los espacios específicos de atención integral generando un vínculo más allá de esta consulta específica (MSP, 2009, p. 79)

Se considera que, gran parte del éxito de cualquier programa de intervención se juega en el campo concreto de aplicación, donde el establecimiento de un vínculo caracterizado por el respeto y la confianza, es fundamental si se pretende emprender un camino hacia el cambio y la transformación social. Es por ello, que es relevante para el presente estudio, conocer el discurso de los operadores de salud respecto a sus conceptualizaciones sobre el embarazo precoz y la maternidad temprana, así como también, sobre las estrategias de acompañamiento empleadas por los mismos. Si bien, gran parte de la estigmatización que posee este fenómeno social debe atribuírselo a las políticas sanitarias instrumentadas hasta el momento, se reconoce que la elaboración de programas recientes donde se matizan expresiones, como “combatir” “prevenir”, “reducir”, da cuenta del interés por mejorar la atención destinada a las jóvenes usuarias de los servicios de salud.

#### **2.2.2.1. Programa Acompañamiento Socioeducativo a Madres y Padres Adolescentes.**

Desde el año 2004, el Programa Infamilia del MIDES junto con el MSP, se encuentran desarrollando un modelo integral de prevención del embarazo precoz. Su objetivo principal es la optimización de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, con énfasis en la promoción de salud integral, atención del embarazo y la parentalidad temprana. En el marco de este modelo de abordaje, se han desarrollado diversas actividades de capacitación, sensibilización, educación y comunicación, con la finalidad de prevenir el embarazo no planificado en esta etapa de la vida. Las mismas han estado dirigidas a los adolescentes, sus referentes comunitarios y los operadores de salud del sector público (MIDES, 2007).

Uno de los proyectos que se implementa desde entonces, y que constituye una de las estrategias de abordaje del Programa Infamilia y la Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE], es el denominado “Acompañamiento Socioeducativo a Madres y

Padres Adolescentes” (MIDES, 2007; Garibotto et al., 2008). Éste está dirigido a adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, que residen en áreas de influencia de los 41 efectores<sup>20</sup> de salud del MSP vinculados al Programa Infamilia (MIDES, 2007).

Los objetivos del proyecto son los siguientes (MIDES, 2007, p. 71):

- Apoyar a las adolescentes madres/padres en su propio cuidado de salud así como el del niño, incorporando pautas saludables de crianza.
- Evitar el embarazo no planificado en el primer año posterior al parto.
- Acompañar a las/los adolescentes madres/padres en su integración social, ya sea a través de la reinserción en el sistema educativo, en el mercado laboral o en algún otro espacio de socialización.

Este proyecto ha sido monitoreado y evaluado, desde su surgimiento en el año 2004 hasta mediados del 2007, lo cual ha permitido realizar ajustes y mejorar la comprensión y el abordaje de fenómenos tan complejos como lo son el embarazo precoz y la maternidad temprana (MIDES, 2007; Garibotto et al., 2008).

Los datos provenientes de la valoración realizada entre el 2004 y el 2006, respecto al alcance del programa de acompañamiento socioeducativo de madres adolescentes, mostraron lo siguiente (MIDES, 2007, p. 63):

- Los nacimientos de madres adolescentes se acumularon (97%) en el tramo de 15 a 19 años.
- El 60% de las adolescentes madres fue captado por el Programa en el interior del país.
- Las adolescentes mayores de 17 años mostraron un estancamiento en el nivel educativo alcanzado.
- La planificación del embarazo ocurrió en un 23,5% de las adolescentes contactadas por el Programa.
- El 20,4% de las adolescentes ya tenía uno o más hijos al momento del parto por el que tomaron contacto con el Programa.

---

<sup>20</sup>En la ciudad de Montevideo, se encuentran en los siguientes barrios: Misuraco, Jardines de Hipódromo, Piedras Blanca, La Cruz, Marroñas, Unión, Sayago, Cerro, Ciudad Vieja, Giordano, Claveaux, Monterrey.

- La cantidad de controles durante el embarazo es suficiente pero los controles no se inician en forma suficientemente temprana: sólo un 26,9% los inicia durante el primer trimestre del embarazo.
- El Programa captó 232 adolescentes de 10 a 14 años, en un total de 10.666. En esta franja etaria, el número de recién nacidos con muy bajo peso al nacer se quintuplica y se duplican los casos de pre-término severo.
- El riesgo biológico en la maternidad adolescente se presenta en menores de 15 años, no en la de adolescentes que superaron tal edad.
- La distribución del peso de los recién nacidos así como las semanas de gestación, para las adolescentes de 15 años y más, se asimila a los pesos de los recién nacidos de mujeres mayores.
- Desde el sistema de salud y de la red de políticas sociales se sabe muy poco acerca de los adolescentes padres.

Por otra parte, según señalan Garibotto et al. (2008), el espacio con el Agente Socioeducativo [ASE] fue valorado por las usuarias del servicio en términos de un lugar de escucha. Los atributos encontrados, de acuerdo a las declaraciones de las adolescentes, se sintetizaron en tres factores: valoración de la dimensión “humana” de la persona que lleva adelante el acompañamiento, valoración de la oportunidad de contar con ese espacio, valoración por la posibilidad de obtener logros e impactos a corto plazo. En la siguiente figura se presentan las características atribuidas por las usuarias respecto al espacio de acompañamiento de los ASE (Figura 2.2.1).

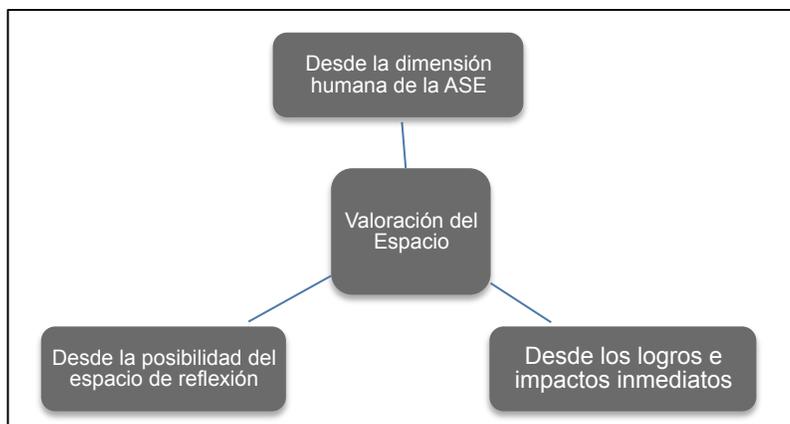


Figura 2.2.1. *Ámbitos desde los que se realiza la valoración del espacio*<sup>21</sup>.

Asimismo, en el informe (Garibotto et al., 2008) se destaca las múltiples funciones que desempeña el ASE, como operador de salud, según sean las características y situación de la adolescente atendida. En tal sentido, se destaca su rol como facilitador, como farmacia ambulante, como interventor para situaciones de emergencia, nurse o trabajadora social, agente de red, mediadora o como agente de promoción. Esto estaría mostrando la flexibilidad que su rol exige al momento de emprender el acompañamiento, ya que el mismo parece estar más ajustado a las condiciones de vida de la adolescente y su entorno, que a lo definido a priori por el programa en cuestión.

No obstante, las experiencias de interacción con otros operadores de salud mostraron una valoración completamente diferente, las cuales caracterizaron con una mirada unilateral y poco agradable. En tal sentido, según señalan Garibotto et al. (2008, p. 16) “*la interacción que se genera en los centros no está en consonancia con el tipo de vínculo o mensajes que explicitan los ASES*”. En la siguiente figura se muestra la dinámica de interacción de las diversas variables implicadas en la situación asistencial de las adolescentes embarazadas en el marco de salud pública (Figura 2.2.2).

<sup>21</sup>De Garibotto et al. (2008) *Tan embarazadas como valientes. Evaluación cualitativa de los Acompañamientos Socioeducativos a adolescentes madres*. p. 11

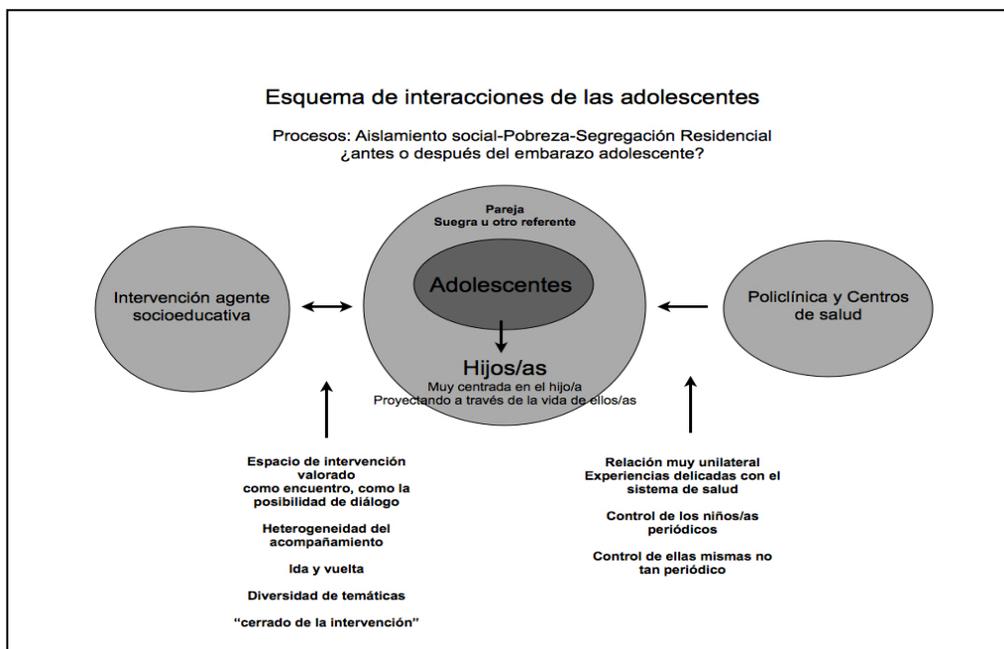


Figura 2.2.2. *Esquema de interacciones de las adolescentes*<sup>22</sup>

Lo anterior, argumenta acerca de la importancia de conocer sobre las opiniones y creencias que los operadores de salud poseen sobre las jóvenes usuarias, ya que éstas integran la compleja constelación de variables psicosocioculturales que inciden en su posición frente a ellas, y por ende, en el trato que mantengan. En el contexto de la maternidad temprana, esto adquiere un sentido y relevancia particular, ya que con frecuencia el centro de salud barrial, especialmente durante el primer año de vida del hijo/a de la adolescente, se convierte en el único punto de contacto con el afuera de su hogar (Garibotto et al., 2008; Pérez et al., 2010). Asimismo, como se mencionó anteriormente, el establecimiento de un vínculo satisfactorio con el centro de salud por parte de la adolescente, constituye una oportunidad para que se integre a otros espacios de atención, que le permitan acceder a un abordaje integral de su salud y la de hijo/a (MSP, 2009).

<sup>22</sup>De Garibotto et al. (2008) *Tan embarazadas como valientes. Evaluación cualitativa de los Acompañamientos Socioeducativos a adolescentes madres*. p. 16

## Síntesis

Según constata la CEPAL (2008), fines de la década del ochenta en América Latina y el Caribe, se registró un aumento en la tasa de fecundidad temprana, siendo significativo en algunos países de la región. A partir de entonces, se pueden identificar distintas instancias internacionales, en donde el foco de atención y preocupación pasó a ser el embarazo en la adolescencia, debido a sus efectos negativos a nivel psicosocial para la adolescente, y su incidencia como reproductor de la pobreza y exclusión social.

La evidencia empírica acumulada sobre el fenómeno, así como también, el compromiso creciente de los Estados en definir políticas y programas de intervención cuya prioridad fuese evitar el embarazo temprano, determinaron su conceptualización en términos de problema sanitario y social.

Los factores de riesgo asociados al embarazo precoz (OMS, 1995), han conformado la base de supuestos que delimitaron el tipo de políticas de abordaje destinados a la parentalidad temprana a nivel nacional. Según señala Pereira (2011a), desde mediados de los '90, las políticas públicas implementadas en Uruguay han intentado reducir la tasa de fecundidad adolescente a través de acciones principalmente derivadas del área de salud con un enfoque preventivo. Los resultados obtenidos comprueban la eficacia de las acciones instrumentadas, ya que según los recientes registros nacionales, la tasa de fecundidad adolescente ha descendido (Setaro y Koolhaas, 2008).

No obstante, la naturalización de un discurso que promueve la prevención como única estrategia de abordaje, sin considerar o matizar dicha postura, con la elaboración de estrategias destinadas a apoyar a los adolescentes que ya son padres, habilita el desarrollo de una reflexión particular, especialmente si se analiza el abordaje del Estado uruguayo desde su rol como garante de Derechos de los/las ciudadanos/as de un país.

Se comparte lo expuesto por Gutiérrez et al. (2006, en Pereira, 2011b), respecto a la importancia de renunciar a la mirada sesgada que se tiene sobre la adolescencia, si se pretende asumir un enfoque de derechos en las políticas públicas y sus respectivos desarrollos programáticos.

El área de la salud ha mostrado cambios en relación a las estrategias empleadas, advirtiéndose un progresivo avance hacia un modelo de atención integral desde un enfoque

de derechos. En tal sentido, el MSP (entre otros, 2007, 2009, 2010a) ha sido autor de diversos programas sanitarios que tienen como eje central la atención integral de la salud del adolescente, ocupando un lugar central la mejora en la calidad de las estrategias para el abordaje de la salud sexual y reproductiva de los mismos. Los nuevos lineamientos definidos por el órgano rector de las políticas sanitarias, brindan un marco de referencia para el abordaje y acompañamiento de las adolescentes en estado de gravidez o madres, lo cual resulta interesante conocer más allá de lo establecido a nivel programático, ya que parecería trascender la categoría atribuida como problema.

Lo anterior, argumenta acerca de la importancia de conocer sobre las opiniones y creencias que los operadores de salud poseen sobre las jóvenes usuarias, ya que éstas integran la compleja constelación de variables psicosocioculturales que inciden en su posición frente a ellas, y por ende, en el trato que establezcan. En el contexto de la maternidad temprana, esto adquiere un sentido y relevancia particular, ya que con frecuencia el centro de salud barrial, especialmente durante el primer año de vida del hijo/a de la adolescente, se convierte en el único punto de contacto con el afuera de su hogar (Garibotto et al., 2008; Pérez et al., 2010). Asimismo, como se menciono anteriormente, el establecimiento de un vínculo satisfactorio con el centro de salud por parte de la adolescente, constituye una oportunidad para que integre otros espacios de atención, que le permita acceder a un abordaje integral de su salud y la de su hijo/a (MSP, 2009).

Gran parte del éxito de cualquier programa de intervención se juega en el campo concreto de aplicación, donde el establecimiento de un vínculo caracterizado por el respeto y la confianza, es fundamental si se pretende emprender un camino hacia el cambio y la transformación social. Por ello, es relevante para el presente trabajo, conocer el discurso de los operadores de salud respecto a sus conceptualizaciones sobre el embarazo precoz y la maternidad temprana, así como también, sobre las estrategias de acompañamiento empleadas por los mismos. Si bien, gran parte de la estigmatización que posee este fenómeno social debe atribuírselo a las políticas sanitarias instrumentadas hasta el momento, se reconoce que la elaboración de programas recientes donde se matizan expresiones, como “combatir” “prevenir”, “reducir”, da cuenta del interés por mejorar la atención destinada a las jóvenes usuarias de los servicios de salud

### **2.3. EL ENFOQUE ECOLÓGICO-SISTÉMICO DE LA SALUD**

En el capítulo se desarrolla el modelo de análisis propuesto por Saforcada (1999, 2008) sobre el sistema total de salud, el cual proporciona una mirada esclarecedora y operativa del conjunto de elementos implicados en el servicio asistencial de una sociedad.

Si bien advierte que el modelo que presenta muestra una conceptualización reduccionista que no refleja ampliamente la complejidad que tiene el campo de la salud, a los efectos de los objetivos reflexivos que persigue el actual trabajo, se considera suficiente el empleo del mismo como marco de referencia para el análisis que se pretende emprender.

Se considera que el modelo de análisis sistémico propuesto por Saforcada (1999, 2008) podrá enriquecer el acompañamiento al embarazo temprano y maternidad adolescente que actualmente se instrumenta desde salud pública, y así, contribuir a la construcción de un vínculo positivo entre el operador de salud y la adolescente en estado de gravidez o que ya sea madre. En tal sentido, en el capítulo se abordan aquellos parámetros teóricos que, desde la perspectiva del autora, habilitan un abordaje salubrista<sup>23</sup> y congruente a las intenciones políticas actuales concebidas desde un marco de sujeto de derechos (MSP, 2007, 2009, 2010a).

#### **2.3.1. Relación entre Salud y Comunidad**

En 1948, en el Acta fundacional de la OMS, se definió la salud como “*un estado de completo bienestar físico, psicológico y social*” (en Cantera, 2004, p. 75), reconociendo a la comunidad como el espacio privilegiado para la comprensión de los procesos implicados en dicho estado humano. Asimismo, definió la importancia de abandonar la perspectiva de salud centrada en la ausencia de enfermedad, síntomas, déficit y disfunciones, y emigró hacia un modelo de abordaje que contempla el fenómeno salud-enfermedad como un proceso, reconociendo y acentuando la naturaleza psicosocial que lo sustenta.

---

<sup>23</sup>Adjetivo que deriva del término salud (Saforcada, 1999)

El compromiso con la salud positiva, y por ende con el cambio de paradigma emprendido, fue ratificado posteriormente en la Conferencia de Alma-ata (1978, en Cantera, 2004). En tal sentido, se puede afirmar que desde el siglo pasado la organización referente en materia de salud, ha expresado la relevancia del desarrollo de un modelo integral, subrayando la importancia de los escenarios comunitarios como articuladores del bienestar de la persona.

Por ello, la Psicología Comunitaria constituye un marco disciplinar pertinente para el abordaje de los desafíos concebidos por la OMS en el campo de la salud. Sus aportes teóricos y operativos, desde el enfoque ecológico-sistémico, habilitan una visión holística de la realidad, reconociendo la interdependencia de los sistemas que rodean al individuo (micro, meso, macro) y el valor de los mismos como escenarios productores de subjetividad social (Saforcada, 2008).

Se comparte la perspectiva de Cantera (2004, p. 80), quien afirma

El proceso de constitución de la Psicología Comunitaria no es producto del azar ni surge de la nada, sino que emerge como una especie de síntesis programática de una multiplicidad de tendencias heterogéneas, que comparten un denominador común en el que se combinan referentes críticos, alternativos, ampliadores y complementarios con respecto a los modos tradicionales de enfocar y de tratar las cuestiones referentes a la salud y al bienestar de las personas.

La perspectiva sociocultural implicada en la conceptualización de salud, por otra parte, se relaciona con lo planteado por Mitjavilay Fernández (1998 en Castellano et al., 2010, p. 34), quienes afirman que,

Actualmente existen suficientes argumentos científicos como para sostener que tanto la salud como la enfermedad no existen en sí mismas en la naturaleza: ambas son construcciones sociales. [...] los propios estados físicos y mentales del ser humano, las formas de interpretarlos y las respuestas

terapéuticas que reciben están fuertemente condicionados por factores de naturaleza social.

En esta línea de análisis, parece pertinente referir a la conceptualización de salud propuesta por Serrano-García y Bravo (1998, p. 16),

La salud es una construcción social de bienestar que resulta de una interacción dinámica entre los aspectos físicos y psicológicos de la persona y su ambiente natural y social, y facilita al ser humano el disfrute de la vida, el acceso a múltiples recursos y su contribución a las esferas productivas y creadoras de la sociedad.

En tal sentido, se podría inferir que la salud como categoría construida socialmente es intrínseca al sistema de creencias y valores de la sociedad, e incluso, con características particulares según sea el grupo social o momento histórico que se trate.

Esto podría estar indicando que, más allá de los parámetros sanitarios vigentes o los lineamientos de una política sanitaria determinada, si se pretende una aproximación a los fundamentos que guían la conducta de una población en esta área, es necesario conocer las creencias y opiniones que los actores involucrados presentan. Para ello, la atención en salud debería privilegiar como unidad de análisis la interacción entre el individuo y su contexto social, así como también, el *habitus asistencial*<sup>24</sup> entre el profesional de la salud y el usuario. Y, tal vez, mediante este proceso de acercamiento y contemplación, se podría lograr mayores puntos de encuentro entre el discurso y la praxis, y con ello, contribuir a alcanzar los compromisos asumidos por los Estados hace más de sesenta años.

Con respecto al *habitus asistencial*, Mitjavila y Fernández (1998, en Castellano et al., 2010) plantean que la legitimidad que posee el modelo biomédico en la sociedad, ha permeado la percepción y la acción sobre la salud y la enfermedad, naturalizando su manera de percibir y actuar ante las mismas como la única válida. Esto genera la construcción de dos saberes, el experto y el popular, siendo el primero aquel que representa las tenencias “racionales” de la sociedad.

---

<sup>24</sup>Expresión tomada de Romero, S. (2003 en Castellano et al., 2010)

Desde sus perspectivas, la medicina se presenta como una institución de control social, categorizando a los pacientes de acuerdo a su desviación respecto a lo consensuado como normal, legitimando así los valores dominantes de la misma. La atención ofrecida como los programas instrumentados en los servicios sanitarios, por lo tanto, se encuentran influenciados por las valoraciones que los operadores de salud tienen sobre determinadas situaciones, las cuales probablemente signen sus interacciones con los usuarios de los servicios. *“Toda interacción social se encuentra cargada de tipificaciones, y la relación entre el profesional de la salud y los pacientes no es una excepción”* (Castellano et al., 2010, p. 36)

[...] a lo largo de la práctica sanitaria, los médicos construyen activa y selectivamente durante los primeros años de ejercicio, unos sistemas de categorías y de nociones mediante los cuales aprehenden las enfermedades y a los enfermos con los que tienen relación, y organizan sus intervenciones diagnósticas y terapéuticas (Devillard, 1990 en Castellano et al., 2010, p. 36)

Según señala De Lellis (2006), en el campo de la atención sanitaria, con frecuencia en la implementación de los programas de intervención, pueden identificarse ciertas barreras psicosociales que dificultan la comunicación entre las partes involucradas. En tal sentido, identifica a quienes ejecutan en calidad de expertos y quienes reciben la asistencia en calidad de beneficiarios. Los resultados negativos que esto conlleva, pueden revertirse si se logra caracterizar las mismas con la finalidad de corregir y superar las trabas que complejizan el intercambio o acuerdos satisfactorios entre ambas partes.

Desde el punto de vista de la autora, el contexto actual de transformaciones emprendido por el modelo asistencial uruguayo, promueve la integración de nuevas perspectivas sobre la temática, ya que se pretende privilegiar la atención integral y continua desde el Primer Nivel de Atención. En tal sentido, la Psicología Comunitaria podría contribuir al proceso de caracterización de las barreras psicosociales que pudieran complejizar la construcción de un vínculo satisfactorio entre el operador de salud y la adolescente en estado de gestación o que ya es madre. Y proporcionar, nuevos elementos

que faciliten el acompañamiento al embarazo temprano y maternidad adolescente que actualmente se pretende instrumentar desde salud pública.

### **2.3.2. Sistema Total de Salud (Saforcada, 1999, 2008)**

Saforcada (2008), sostiene que el concepto de salud ha ido evolucionando, logrando adquirir precisión en su conceptualización, e incluso propone, que si se entiende la vida como:

[...]una permanente actualización y expansión de las potencialidades bio-psico-socio-culturales de las personas y sus entornos, podemos deducir que es saludable o salutógeno [...] todo lo que genera tales actualizaciones y expansiones, o promociones, siempre que no impliquen la obstaculización o impedimento de este proceso en otras personas o en sus entornos (p. 49).

La definición citada posee un gran poder de generalización, ya que en definitiva plantea que la salud es la vida misma. Desde su perspectiva, el sistema total de salud *“involucra todo lo que una sociedad tiene y hace en relación con este proceso y sus manifestaciones”* (Saforcada, 2008, 49). En tal sentido, se incluyen en sus componentes los

[...]fenómenos, acciones, conocimientos y prácticas que caen dentro de la responsabilidad y el área de incumbencia de las instituciones, los profesionales y los técnicos de la salud avalados por las leyes pertinentes [...] de instancias de gobierno [...] de instancias legislativas y/o de instancias judiciales” (Saforcada, 1999, p. 43)

Saforcada (1999, 2008), ha elaborado un modelo de análisis, donde se describen los componentes que integran el sistema total de salud [STS], del cual se emplearán algunos de ellos como referencia para el trabajo que aquí se presenta (ver Figura 2.3.1.).

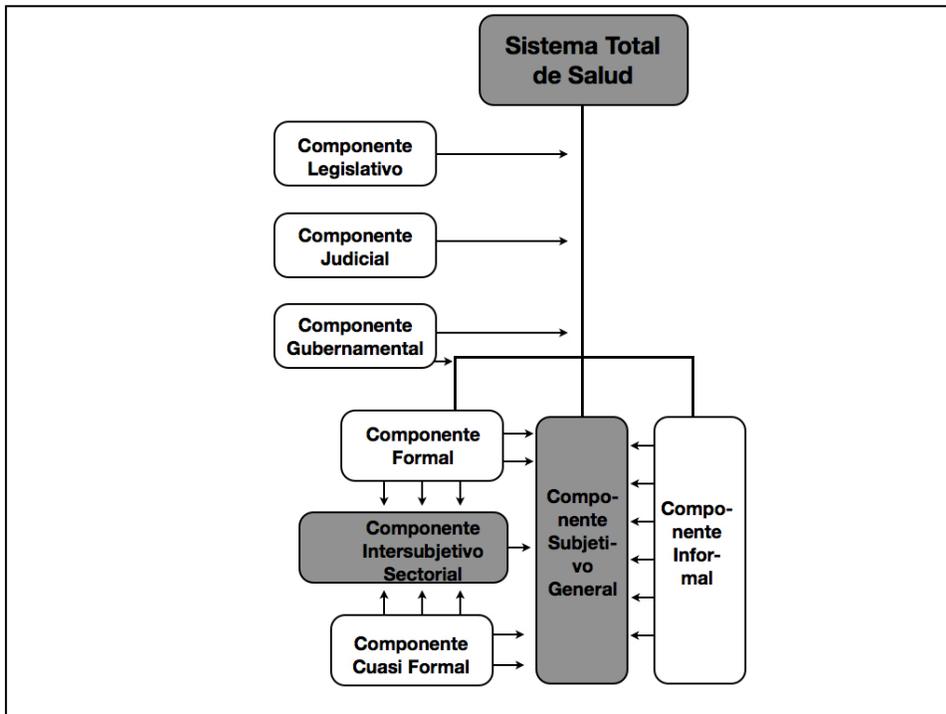


Figura 2.3.1. *Esquema de Sistema total de Salud*<sup>25</sup>

Según señala Saforcada (1999), se pueden identificar ocho componentes básicos dentro del STS: el *componente legislativo* (se definen los reglamentos, las leyes, y ordenanzas que regulan los aspectos legales esenciales a la salud), el *componente gubernamental* (involucra al Ministerio de la Salud y al resto de los ministerios relacionados con el trabajo, la educación, vivienda, el bienestar y la seguridad social que inciden en la salud de la población), el *componente judicial* (implica al sistema competente en juzgar los quebrantamientos de la legislación relacionada con la salud o cuyos efectos incide en la misma), el *componente formal* (integrado por los profesionales y técnicos de la salud), el *componente cuasiformal* (la seguridad, hotelería, administración del centro de salud), el *componente informal* (lo conforman los usuarios del servicio de salud), el *componente intersubjetivo general* (se define a partir de la red de interacciones que estructura y dinamiza el STS), y el *componente intersubjetivo sectorial* (se configura a partir de la red de interacciones entre el componente formal y el cuasiformal).

<sup>25</sup> De Saforcada, E. (1999) *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós, p. 49

De acuerdo a los objetivos perseguidos en el presente trabajo, se analizará con mayor detenimiento el *componente intersubjetivo general* desde la perspectiva del operador de salud. El mismo, es considerado por el autor, uno de los elementos que producen mayor ineficacia e ineficiencia en el actual sistema de salud de la mayor parte de los países latinoamericanos. Asimismo, la implicancia de este componente en el contexto definido por la situación que establece el embarazo precoz y la maternidad temprana respectivamente, resulta clave para identificar las oportunidades de cambio dentro del abordaje sanitario hasta ahora instrumentado (ver Figura 2.3.2.).

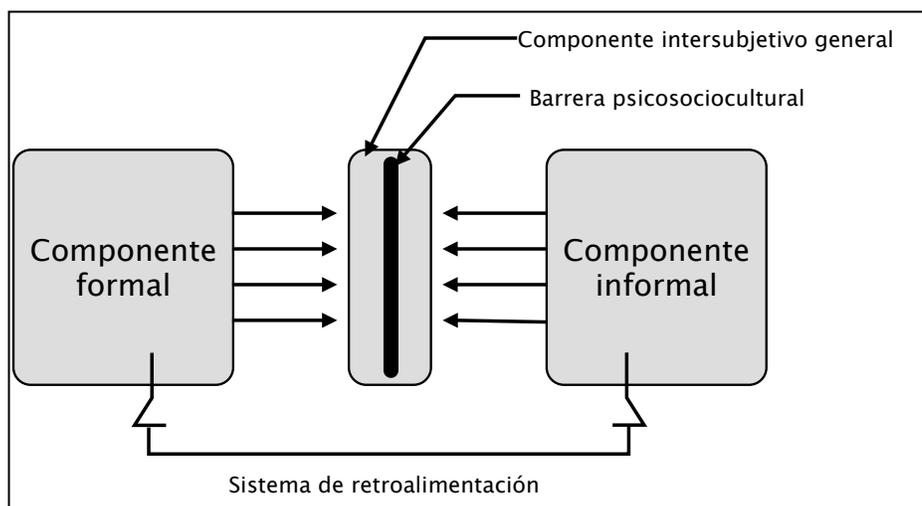


Figura 2.3.2. Esquema de la barrera psicosociocultural en el sistema de salud y la sociedad<sup>26</sup>

El *componente intersubjetivo general*, se configura a partir de la carga afectiva producida por los emergentes psicosocioculturales, producto de la red de interacciones entre el componente informal y el componente formal (Saforcada, 1999). Lo define como el “[...] espacio virtual que se genera a partir de la interacción cotidiana entre el componente formal (profesionales y técnicos) y el componente informal (usuarios del sistema)”. Asimismo, se destaca que es el área donde se da el “[...] intercambio entre las subjetividades de los integrantes de cada uno de estos dos componentes” (Saforcada, 2008, p. 53-54).

<sup>26</sup> De Saforcada, E. (2008) Perspectiva ecológico-sistémica de la salud. En E. Saforcada y J Castellá. *Enfoques Conceptuales y Técnicos en Psicología Comunitaria*, Buenos Aires: Paidós, p. 56

En primer lugar, identifica a los protagonistas de dicho espacio. Por un lado, destaca a los profesionales y técnicos, quienes actúan regulados y amparados por el sistema legal, ubicándolos como efectores legales del subsistema de atención sanitaria. Los mismos pueden ejercer su profesión de manera independiente o integrar alguna institución (Hospital, Centro de Salud barrial, Sanatorio). Por el otro lado, se encuentran los usuarios de dicho subsistema de atención, es decir la población. Uno de los aspectos mencionados por Saforcada (2008), es que el usuario del servicio de salud interactúa con el total de la institución, siendo necesario el reconocimiento de un componente cuasiformal. Teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo, únicamente se considerará al componente formal en el análisis del mismo.

El componente formal, integrado por los profesionales de la salud, se encuentra influido por una serie subcomponentes que determinan su posición social dentro de la red dinamizadora de la atención sanitaria. Al respecto, Saforcada (1999) identifica: el subcomponente de los saberes en salud (integrado por los saberes que están activos y son generadores de prácticas en salud o acciones específicas); subcomponente de referentes válidos en salud (integrado por todos los profesionales, asociaciones de profesionales, revistas científicas/académicas, centros de investigación, entre otros, que operan como formadores de opiniones y posiciones); subcomponente de formación y capacitación (compuesto por las universidades y escuelas técnicas avaladas por el Estado); subcomponente de las estructuras psicosocioculturales (implican las variables<sup>27</sup> que configuran los espacios subjetivos de los profesionales y técnicos de salud).

De acuerdo a lo planteado por Romero (2009, en Castellano et al., 2010), la autoridad médica en el Uruguay posee un gravamen diferencial según la población usuaria, siendo en el marco de la asistencia pública donde se encuadra una relación médico – paciente mayormente asimétrica. Explica que la posición jerárquica del profesional de la salud frente al usuario, está predeterminada por la valoración social de su rol, la cual lo habilita para el ejercicio de ese poder en el marco de la relación asistencial que se establece.

---

<sup>27</sup>Saforcada (1999) identifica las siguientes variables psicosocioculturales: representaciones sociales, sistemas de significación, sistemas valorativos-actitudinales, sistemas de atribución, imágenes, prejuicios, pautas culturales, estilos de desempeño de roles, estrategias de sentimiento y acrecentamiento de la autoestima.

Se coincide con De Lellis (2006), cuando califica dicha situación vincular como producto de la tecnocratización de la asistencia, desde donde no se discute la hegemonía del saber. Desde la perspectiva de los autores, las consecuencias de tal encuentro asistencial, genera la omisión de aspectos que deberían ser considerados esenciales en el mismo:

[...]Que las personas tienen prioridades y grados de necesidad e ideas acerca de sus necesidades, y que los mismos se refieren no solamente a su naturaleza humana sino también a su sociedad y su cultura. [...]Que las personas y grupos poseen recursos y capacidades para afrontar, exitosamente o no, sus propios problemas (De Lellis, 2006, p. 168).

En segundo lugar, se describe que es el componente donde se lleva a cabo el intercambio entre las subjetividades de ambos componentes. Por subjetividad, Saforcada (2008) entiende “[...] *modo de sentir y pensar de cada sujeto, de significar y valorar el mundo [...]*”. (p. 55) De acuerdo a su perspectiva, las mismas son consecuencias de los procesos de socialización, es decir, de los procesos de influencia recíproca que se producen en las situaciones de interacción social entre individuos. Además, señala que las cosmovisiones que se construyen, también se modelan e integran en los espacios subculturales, originados en cada uno de los componentes y subcomponentes antes descritos. Agrega:

Así, la subjetividad radica en estructuras y procesos psicosociales tales como las representaciones sociales, los sistemas de significación, de atribución de valores, de actitudes, los prejuicios, los sistemas de discriminación y diferenciación social valorativa, los procesos de naturalización, los sistemas de construcción y mantenimiento de la autoestima y la autoimagen, los procesos de identificación, etc. (Saforcada, 2008, p. 55)

Según Saforcada (2008), en este espacio de intercambio se generan las reacciones afectivas, cognitivas, conductuales, constitutivas del componente intersubjetivo general, las

cuales retroalimentan (positiva o negativamente) las estructuras y procesos psicosociales que sostienen a las subjetividades de cada componente (formal e informal). Se considera relevante este último aspecto, porque se coincide con el autor cuando sostiene que la retroalimentación negativa de las cosmovisiones, por ejemplo sobre embarazo precoz y/o maternidad temprana, construyen una barrera psicosociocultural que opera de manera negativa en el encuentro con el otro. Sus consecuencias inmediatas, de acuerdo a su perspectiva, son la obstrucción del funcionamiento del subsistema de atención sanitaria, y la consolidación de los aspectos negativos de cada componente.

El buen trato o maltrato social a que sean sometidos los usuarios del componente formal por parte de sus integrantes [...] incidirán en las condiciones de salud con las que llegarán a la instancia de acción [...] y en la motivación posterior en cuanto al uso de la oferta formal en salud (Saforcada, 1999, p. 57).

Esto implica que las actitudes de rechazo, descalificaciones, atribuciones desfavorables, incompreensión, entre otras, por parte de los profesionales o técnicos de salud hacia las adolescentes embarazadas o aquellas que ya sean madres, no sólo pondrán en riesgo la eficacia de la inversión en salud que efectúa la sociedad, sino también, desestimulará la demanda de prestaciones por parte de las usuarias, lo cual posiblemente se canalizará hacia otros satisfactores de las necesidades de salud no legalizados (Saforcada, 1999).

En el contexto de la maternidad temprana, esto adquiere un sentido y relevancia particular, ya que con frecuencia el centro de salud barrial, especialmente durante el primer año de vida del hijo/a de la adolescente, se convierte en el único punto de contacto con el afuera de su hogar (Garibotto et al., 2008; Pérez et al., 2010). Asimismo, como se menciono anteriormente, el establecimiento de un vinculo satisfactorio con el centro de salud, constituye una oportunidad para que se integre a otros espacios de atención, que le permitan un abordaje integral de su salud y la de su hijo/a (MSP, 2009).

Desde el punto de vista de la autora, se piensa que los efectos de la barrera psicosociocultural en el sistema de salud y la sociedad poseen implicancias trascendentes en cualquier programa de intervención que se pretenda instrumentar en este campo. Si bien se ha encontrado una serie de documentos oficiales (entre otros, MSP, 2007, 2009, 2010a) que describen la intencionalidad política de un cambio en la modalidad de atención sanitaria, el éxito de cualquier programa de intervención se juega en el campo concreto de aplicación, donde el establecimiento de un vínculo caracterizado por el respeto y la confianza, es fundamental si se pretende emprender el camino hacia el cambio y la transformación social.

Por ello, el relevamiento de opiniones y creencias de los operadores de salud respecto a la temática elegida resulta importante, ya que éstas integran la compleja constelación de sus variables psicosocioculturales que inciden en su posición frente a las jóvenes usuarias, y por ende, en el trato que mantengan. Asimismo, considerando los antecedentes mencionados en anteriores capítulos, se cree que se podrá contribuir al proceso de caracterización de las barreras psicosociales que pudieran complejizar la construcción de un vínculo satisfactorio entre el operador de salud y la adolescente en estado de gravidez o que ya es madre. En tal sentido, mediante este proceso de acercamiento y contemplación, se podrá proporcionar nuevos elementos que faciliten mayores puntos de encuentro entre el discurso y la praxis, y con ello, contribuir a alcanzar los compromisos asumidos por el nuevo modelo de atención integral de salud para adolescentes.

### **2.3.3. Factores salubristas facilitadores del encuentro interpersonal entre operadores de salud y usuarios del servicio.**

En el primer capítulo, se hizo mención a las perspectivas que se han encontrado en relación al fenómeno social elegido. En tal sentido, se concluyó que la mayoría de las investigaciones encontradas, se han focalizado en los aspectos patógenos que este evento traslada a la vida de una adolescente, o también, lo presentan como una amenaza social que compromete el desarrollo de las sociedades postmodernas. No obstante, se hizo alusión al trabajo de otros autores sobre la temática, con una visión diferente al momento de

conceptualizar el embarazo precoz y la maternidad temprana. Desde esta perspectiva, se trasciende la condición limitadora atribuida a tal situación, y se intenta posicionar la maternidad en la adolescencia como un hecho en término de recurso habilitador si se tiene en cuenta su potencial. En esta línea de abordaje, Duncan (2007) plantea el desafío que representa para la política pública aprovechar las fortalezas y capacidades que surgen a partir de la parentalidad temprana como oportunidades de integración social.

Se considera que desde la Psicología Comunitaria se pueden encontrar algunos parámetros teóricos, que podrían ser referencias importantes para la construcción de una nueva percepción de la adolescente embarazada o que es madre, incidiendo así, en el establecimiento de un vínculo que posibilita y habilita un acompañamiento que trasciende su estado como problema en el campo de la salud.

En primer lugar, se destaca la importancia de un accionar en congruencia con los principios definidos desde una conceptualización positiva de la salud. Desde este marco, se propone promover la salud desde la potenciación del bienestar social, la calidad de vida y la relación armónica con el entorno. En definitiva, implica centrar las acciones en el potencial de salud con la intención de actualizarlo y expandirlo, y no sólo en aquellos aspectos considerados “dañados” (Martín y López, 2006).

Se considera que una perspectiva de salud con estas características podría enriquecer la atención dirigida a las adolescentes, ya que los programas de intervención destinados al embarazo precoz y la maternidad temprana suelen estar sesgados hacia un único lado, es decir, prevenir el segundo embarazo, y con ello minimizar la posible multiparidad en la trayectoria reproductiva de la adolescente (Pérez et. al., 2010).

Lograr instrumentar la perspectiva positiva, en el proceso de acompañamiento desde la salud, implicaría abordar junto a la adolescente las posibilidades de emprender otros proyectos complementarios a la maternidad, en el caso que así lo desee. Esto resulta de relevancia si se tiene en cuenta que una de las consecuencias asociadas a tales situaciones, se vincula con la dificultad que suele tener la adolescente de compatibilizar la crianza con otras actividades propias de la adolescencia, lo cual en muchos casos conduce a la

exclusión social progresiva (Amorín et. al., 2006; CEPAL, 2008; Kaztman y Filgueira, 2001; Lammers, 2000).

Asimismo, constaría de no centrarse en las imágenes negativas que se proyectan en ella, sino en sus posibilidades, reduciendo así el efecto de la “profecía autocumplida” (Pereira, 2011b). En tal sentido, se debería percibir al hijo como una oportunidad y no como un factor bloqueador de posibilidades, así como también, aprovechar e integrar al padre y/o pareja de la adolescente, y no dar por supuesto su estado ausente (Pérez et. al., 2010).

Por ejemplo, según los resultados obtenidos en el anterior estudio empírico (Pérez et. al., 2010), para la mayoría de las adolescentes participantes la maternidad se presentaba como un motivo válido para considerar las posibilidades de retomar su proceso educativo, conseguir un empleo, y aprovechar los espacios de formación y capacitación que se les presentaban con la intención de ser mejores madres y educadoras de sus hijos. De alguna manera, en un contexto social caracterizado por una estructura limitada de oportunidades, donde los costos de la maternidad temprana ni los beneficios de postergarla parecen tan importantes, se cree que la visualización de nuevos proyectos, complementarios a la maternidad, podría auspiciar como barrera protectora de posteriores riesgos y brindar nuevas oportunidades de desarrollo para ella y su hijo.

Relacionado con lo anterior, se reconoce la importancia de mantener un enfoque basado en las fortalezas del sujeto. Rappaport (1980 en Montero, 2010, p. 54) sostuvo que la finalidad de la Psicología Comunitaria “*debería ser ampliar las posibilidades de que la gente pueda controlar sus vidas*”. Teniendo como soporte la evolución y desarrollo que el autor ha hecho del concepto de *empowerment*, Zimmerman (2000 en Montero, 2010, p. 54) brinda su definición operativa de la misma:

El *empowerment* psicológico incluye creencias acerca de la propia competencia y eficacia, y una voluntad de involucrarse en actividades para ejercer control en el ambiente social y político [...] Es un constructo que integra percepciones de control personal con conductas para ejercer control.

Si bien el concepto de empowerment psicológico es un concepto que ha sido criticado por “*su tendencia a lo individual, su afinidad con el poder como posesión y sus raíces culturales*” (Vázquez, 2004 en Montero, 2010, p. 55), se considera que podría ser utilizado como una referencia teórica apropiada para el establecimiento de un nuevo proceso de trabajo en el ámbito de la salud, que contribuiría al proceso de transformación que parece estar sucediendo en el país (Castellano et al., 2011).

Según señala De Lellis (2006), uno de los principales obstáculos para la facilitación del empowerment, es la percepción por parte de la persona de la autolimitación, fundada en la creencia del no control sobre los acontecimientos y la imposibilidad de introducir cambios en dicha situación. Se piensa que, de este sentimiento también puede ser víctima el profesional de la salud, quien en su rol como promotor de destrezas que mejoran la capacidad de afrontamiento por parte del usuario, puede verse ante situaciones que valore erróneamente como incontrolables y lo agobie la desesperanza de no lograr un cambio posible.

Se cree que, en el contexto del abordaje del embarazo temprano y/o la maternidad temprana, los sentimientos asociados a la autolimitación podrían ser generados o promovidos por los discursos hegemónicos sobre los mismos. Al respecto, Giorgi (2006 en Rodríguez, 2007) sostiene que las políticas emergentes son fuente productora de subjetividad, las cuales influyen en la manera de pensar, sentir y actuar de los sujetos involucrados en los programas de intervención derivados de los mismos.

En este caso, conocer el alcance que estos mensajes tienen sobre el accionar del operador de salud, puede resultar necesario para diseñar recomendaciones que permitan superar las limitaciones que esto genera en el modelo asistencial.

En tercer lugar, se enfatiza la integración del saber multidisciplinario, el cual implica un formal diálogo entre disciplinas, favoreciendo así, una auténtica comprensión de la naturaleza psicosocial que está en la base del proceso salud-enfermedad (Martín y López, 2006). Esto se presenta como una alternativa a la histórica tendencia de intervenciones focalizadas, desde donde se trata al individuo descontextuado (Saforcada, 2008), y se

establece un abordaje fragmentado del sujeto donde lo que es competencia de una disciplina no interviene la otra.

Se considera que es relevante intentar instrumentar espacios multidisciplinarios en los servicios de salud, ya que el intercambio entre profesionales de diferentes disciplinas habilita un abordaje integral del usuario, lo cual es especialmente necesario en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social.

Según De Lellis (2006, p. 169) *“en la medida que lo concebido como problema depende de un marco ideológico que lo delimita y caracteriza como tal, a menudo ocurre que, desde la perspectiva de otra posición ideológica, tal problema se visualiza como un hecho natural”*. Esto implica, que los espacios de intercambio y apoyo mutuo entre los operadores de salud, podrían facilitar la comprensión y entendimiento de las distintas historias de vida que a la consulta les llega durante la jornada laboral, y con ello, mejoraría posiblemente el encare de sus intervenciones.

Si bien en el Sistema Nacional Integrado de Salud [SNIS] (MSP, 2007) se reconoce la relevancia atribuida a los espacios multidisciplinarios, como plataforma indiscutible de la gestión, al conocer las condiciones de su instrumentación, a través de la voz de sus protagonistas, se podrá obtener un acercamiento concreto al escenario asistencial actual de un centro de salud barrial.

Por otra parte, y en concordancia con lo anterior se reconoce que el saber científico no es el único válido, y contiene errores y aciertos; en tal sentido se señala el saber popular sobre la salud, cuyo conocimiento y práctica también debería tomarse en consideración y respetarse, ya que es aquel que incide en los comportamientos que la población tiene en relación a su salud. *“La población tiene diversos referentes válidos en salud, entre los cuales están los profesionales y técnicos, pero no son los únicos; también están [...] los parientes, personas amigas o conocidas [...] a quienes se les reconocen conocimientos válidos en salud [...]”* (Saforcada, 2008, p. 63).

La integración de saberes implica, también, el reconocimiento de la naturaleza activa y protagónica del usuario en su proceso de atención. Se destaca desde la Psicología Comunitaria su papel participativo en la toma de decisiones, en la ejecución y evaluación

de su tratamiento o asesoramiento sanitario (Martín y López, 2006; Saforcada, 2008; Serrano-García y Bravo, 1998).

Este aspecto parece estar contemplado en la propuesta asistencial del Programa Nacional de Salud Adolescente. En tal sentido, se alude al progresivo involucramiento y participación de los adolescentes, y al fortalecimiento de los vínculos y redes sociales, entre otros. Si bien la atención preventiva continua siendo la prioridad en el abordaje sanitario, destinada a evitar la ocurrencia de problemas en la adolescencia, la nueva tendencia a partir de la reforma parece pretender incentivar un mayor protagonismo del usuario.

Al igual que ocurre con la instrumentación del espacio multidisciplinario, anteriormente mencionado, resulta interesante conocer más allá de lo establecido a nivel programático, cómo se da esta integración de saberes y perspectivas, aunque sea desde la visión de los operadores de salud. Particularmente, porque la maternidad temprana no es un tema neutral, y, por la mirada sesgada que suele tenerse desde el mundo adulto sobre la adolescencia, especialmente sobre las decisiones que el chico/a toman en relación a este tema.

Por último, los resultados de un anterior estudio sobre maternidad temprana (Pérez et. al., 2010), mostraron que si bien se están instrumentando una serie de respuestas a la situación del embarazo precoz y la maternidad temprana, no se estaba pudiendo lograr un verdadero acercamiento a las necesidades concretas de las madre y padres adolescentes. Una de las causas encontradas parecía estar asociada a la ausencia de visión sistémica al momento de acercarse a los adolescentes que son padres, lo cual estaría comprometiendo la eficacia de los servicios que pretenden atender sus necesidades (Minuchin et. al., 2000).

Esto muestra la importancia de la instrumentación de un abordaje integral, más allá de las intencionalidades discursivas que haya entono a esto. La perspectiva ecológico-sistémica, en tal sentido, constituye un marco teórico de referencia congruente, no sólo con las intenciones políticas que integran el nuevo modelo asistencial de salud dirigido a los adolescentes, sino que también, a los desafíos concebidos por la OMS respecto al abordaje integral de la salud.

El enfoque ecológico-sistémico habilita una visión holística de la realidad, reconociendo la interdependencia de los sistemas que rodean al individuo (micro, meso, macro) y el valor de los mismos como escenarios productores de subjetividad social (Saforcada, 2008). No obstante, el cambio en el abordaje asistencial, diferente del hasta ahora instrumentando, representa uno de los grandes desafíos que el sistema de protección social tiene actualmente. Quienes sostienen la necesidad de este cambio de perspectiva en la atención, agregan que el mismo interpela el funcionamiento de todo el sistema de protección social (salud, educación, vivienda) y de las instituciones (CLAEH, 2009).

Por lo tanto, si bien existe un reconocimiento explícito por parte del MSP de transitar hacia un cambio de paradigma, superando así, las limitaciones encontradas en el abordaje biomédico, la concreción de ello, parece requerir una amplia discusión a nivel teórico y metodológico que trascienda los plazos establecidos por la emergencia social y la órbita de la salud.

#### Síntesis

La salud es concebida como una construcción social, producto de la compleja red de interacciones culturales (Serrano-García y Bravo, 1998). Su expresión es intrínseca al sistema de creencias y valores de la sociedad, e incluso, con características particulares según sea el grupo social o momento histórico que se trate.

No obstante, la legitimidad que posee el modelo biomédico en la sociedad, ha permeado la percepción y la acción sobre la salud y la enfermedad, naturalizando su manera de percibir y actuar ante las mismas como la única válida (Mitjavila y Fernández, 1998, en Castellano et al., 2010). De acuerdo a De Lellis (2006) esto ha generado no solo la incuestionabilidad del saber experto, sino también, ha producido la tecnocratización de la asistencia. En tal sentido, la atención ofrecida como los programas instrumentados en los servicios sanitarios, parecen estar influenciados mayormente por las valoraciones que los operadores de salud tienen sobre determinadas situaciones, las cuales probablemente signen sus interacciones con los usuarios de los servicios. Al parecer, las mismas serían las causas de serias omisiones en el encuentro asistencial, como la descontextualización sociocultural de las necesidades de los usuarios, o, la ausencia de un encuadre positivo desde donde se integren los recursos y capacidades de los mismos en la resolución de sus dificultades.

Según Saforcada (2008), en el espacio de intercambio entre el operador de salud y el usuario del servicio, se generan las reacciones afectivas, cognitivas, conductuales, constitutivas del componente intersubjetivo general, las cuales retroalimentan (positiva o negativamente) las estructuras y procesos psicosociales que sostienen a las subjetividades de cada parte implicada. Se considera relevante este último aspecto, porque se coincide con el autor cuando sostiene que la retroalimentación negativa de las cosmovisiones, por ejemplo sobre embarazo precoz y/o maternidad temprana, construyen una barrera psicosociocultural que opera de manera negativa en el encuentro con el otro.

Esto implica que las actitudes de rechazo, descalificaciones, atribuciones desfavorables, incompreensión, entre otras, por parte de los profesionales o técnicos de salud hacia las adolescentes embarazadas o aquellas que ya sean madres, no sólo pondrán en riesgo la eficacia de la inversión en salud que efectúa la sociedad, sino también, desestimulará la demanda de prestaciones por parte de las usuarias, lo cual posiblemente se canalizará hacia otros satisfactores de las necesidades de salud no legalizados (Saforcada, 1999).

Al parecer, según su opinión, los resultados negativos que esto conlleva, pueden revertirse si se logra caracterizar las mismas con la finalidad de corregir y superar las trabas que complejizan el intercambio o acuerdos satisfactorios entre ambas partes.

Por ello, el relevamiento de opiniones y creencias de los operadores de salud respecto a la temática elegida resulta importante, ya que éstas integran la compleja constelación de sus variables psicosocioculturales que inciden en su posición frente a las jóvenes usuarias, y por ende, en el trato que mantengan.

Se piensa que el proceso de análisis que se realice de las mismas, permitirá caracterizar dichas barreras y proporcionar nuevos elementos que faciliten el acompañamiento del embarazo temprano y maternidad adolescente que actualmente se pretende instrumentar desde salud pública. Este proceso de acercamiento y contemplación, tal vez permita, mayores puntos de encuentro entre el discurso y la praxis, y con ello, contribuir a alcanzar los compromisos asumidos por el nuevo modelo de atención integral de salud para adolescentes.

## **2.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

### **2.4.1. Pregunta Inicial**

¿Cuál/es es/son el/los discurso/s<sup>28</sup> de los operadores de salud sobre la atención sanitaria que reciben las adolescentes embarazadas y aquellas que son madres, usuarias del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo?

### **2.4.2. Preguntas Directrices**

1. ¿Cuál/es es/son el/los discurso/s de los operadores de salud, que atienden adolescentes embarazadas y aquellas que son madres, usuarias del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, sobre el embarazo precoz?
2. ¿Cuál/es es/son el/los discurso/s de los operadores de salud, que atienden adolescentes embarazadas y aquellas que son madres, usuarias del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, sobre los programas de salud implementados en torno a la maternidad temprana?
3. ¿Qué recomendaciones pueden realizarse para facilitar el encuentro entre los operadores de salud y madres adolescentes desde la visión psicosocial que caracteriza el enfoque de comunitario sobre salud?

---

<sup>28</sup>En este trabajo se entiende por discurso aquel acto que manifiesta o expresa valores u orientaciones normativas, a través del cual se pueden detectar la presencia de actitudes y valores del sujeto (Pizarro, 1979 en Valles, 2003).

## **2.5. OBJETIVOS**

### **2.5.1. Objetivo General**

Conocer el/los discurso/s de los operadores de salud sobre la atención sanitaria que reciben las adolescentes embarazadas y aquellas que son madres, usuarias del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo.

### **2.5.2. Objetivos Específicos**

- Conocer el/los discurso/s de los operadores de salud, que atienden adolescentes embarazadas y aquellas que son madres, usuarias del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, sobre el embarazo precoz.
- Conocer el/los discurso/s de los operadores de salud, que atienden adolescentes embarazadas y aquellas que son madres, usuarias del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, sobre los programas de salud instrumentados en torno a la maternidad temprana.
- Proponer directrices que podrían facilitar el encuentro entre los operadores de salud y madres adolescentes desde la visión psicosocial que caracteriza el enfoque comunitario sobre salud.

## III. MÉTODO

---

### 3.1. Diseño

Considerando las características del estudio, el mismo se enmarcó dentro del enfoque cualitativo y fue de corte transversal.

Se empleó un diseño abierto y emergente, lo cual permitió que a medida que avanzaba la investigación se pudieran incluir nuevas entrevistas, a las previamente programadas. Estas proporcionaron información complementaria a la obtenida hasta el momento.

### 3.2. Participantes

Con la finalidad de asegurar que el objeto de estudio fuese abordado desde diferentes ángulos, se decidió involucrar en la investigación a diversos actores sociales implicados en el fenómeno, con la intención de comprender el mismo “desde dentro” (Krause, 1995).

Para ello, se realizaron tres entrevistas a informantes claves, quienes fueron elegidos de acuerdo a su rol y vinculación con instituciones estatales relacionados al sistema de salud uruguayo, y por su experiencia en la dirección o coordinación de programas nacionales destinados a la parentalidad temprana. En tal sentido, se entrevistó al Coordinador del Programa de Intervención Agentes Socio Educativos (ASSE), al Coordinador del Programa Nacional de Salud Adolescente (MSP), y al Director del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo. En los tres casos, su participación permitió conocer los lineamientos generales presentes en la atención sanitaria dirigida a adolescentes embarazadas o madres, así como también, colaboró con la construcción de un marco de referencia adecuado para la comprensión del quehacer profesional en relación al fenómeno de estudio desde el área de la salud.

Asimismo, se eligió el centro de salud de Jardines del Hipódromo<sup>29</sup> para realizar las restantes entrevistas. En este caso, participaron del estudio algunos de los profesionales o técnicos que integran el Espacio Adolescente que funciona en el mismo, y atienden a adolescentes en estado de gravidez o madres.

La elección del centro fue intencional debido a que atiende a un porcentaje significativo de población joven en comparación a otras zonas de Montevideo en la órbita pública, siendo en su mayoría menores de 15 años de edad. Esta condición lo posiciona como uno de los centros asistenciales de la Red de Atención Primaria [RAP] donde se instrumentan gran parte de los programas nacionales destinadas a la adolescencia en la capital nacional (MSP, 2007). Asimismo, integró la muestra de la anterior investigación realizada por la autora a través de la participación de sus usuarias adolescentes (Pérez et al., 2010). En tal sentido, se pensó que el involucramiento del equipo de atención, en esta oportunidad, podría contribuir a profundizar y complementar el conocimiento generado en tal ocasión.

La muestra fue intencionada debido a que la elección de los participantes se realizó de acuerdo a ciertos criterios que se valoraron como necesarios o convenientes para poder tener una unidad de análisis que reunirá las mayores ventajas posibles para los fines que persigue la investigación (Krause, 1995; Martínez, 2006; Serbia, 2007). En tal sentido, la elección cuidadosa y controlada de los sujetos se hizo de acuerdo a ciertas características, como ser profesionales de la salud y trabajar en la atención de adolescentes en estado de gravidez o que sean madres. En tal sentido, la Sub-Directora del Centro de Salud, con quien se tuvo el primer contacto, definió la lista de los posibles candidatos a entrevistar de acuerdo a los criterios previamente mencionados. Del equipo asistencial participaron: la ginecóloga, el pediatra, la partera, la agente socioeducativa, el odontólogo, la nutricionista, y la enfermera. De esta manera se logró cubrir el 100% de las disciplinas que integran el espacio asistencial dirigido a las adolescentes.

---

<sup>29</sup> La población del área de influencia del centro de salud es mayoritariamente joven, y en comparación a otras zonas de la capital (20,8%), concentra un mayor porcentaje de menores de 15 años (28,4%). Asimismo, los usuarios pertenecen a los barrios más pobres de Montevideo, y más de la mitad de la población mayor de 20 años tiene menos de 8 años de instrucción (Ávila y Tancredi, 2006). Ver Anexo 2

Los resultados que se obtuvieron en el estudio empírico son exclusivamente válidos para el tiempo y el lugar en que se efectuó el mismo, es decir, la exploración que se realizó respecto a la atención sanitaria de adolescentes embarazadas o madres se circunscribe a la descripción discursiva ofrecida por la muestra empleada.

### **3.3. Técnica de recolección de datos**

Se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica cualitativa de recolección de datos, por ser considerada una herramienta facilitadora en situaciones donde se pretende que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista sobre determinado problema o experiencia (Flick, 2007). Se diseñaron dos guías de entrevistas<sup>30</sup>, las cuales, estaban pautadas de acuerdo a los objetivos específicos del estudio. Una de ellas se empleó para las entrevistas con los informantes claves, y la otra, se aplicó en los encuentros con los distintos miembros del equipo de salud del Espacio Adolescente.

Las guías empleadas permitieron satisfacer los cuatro criterios definidos por Merton y Kendall (1946 en Flick, 2007) respecto al tipo de entrevista focalizada. Se definieron preguntas con diferentes grados de estructuración para lograr la ausencia de dirección. Asimismo, para que la entrevista no se quedara en un nivel de declaraciones generales, se intentó facilitar la inspección retrospectiva del entrevistado con preguntas que cumplieran con el criterio de especificidad. Por otra parte, se aseguró que los aspectos relevantes a la pregunta de investigación estuvieran contemplados durante la entrevista, de esta manera se alcanzó la amplitud necesaria brindando simultáneamente la oportunidad al entrevistado de introducir nuevos temas. Por último, se aseguró la profundidad y el contexto personal al indagar acerca de sus sentimientos y cómo fue experimentado el fenómeno de estudio por el entrevistado.

Además, las entrevistas fueron grabadas con la finalidad de lograr un registro naturalista de los acontecimientos (Nothdurft, 1987 en Flick, 2007), asegurando de manera minuciosa la cantidad de datos proporcionados; el uso de la grabadora de audio se limitó a las instancias de recogida de datos en el marco de las entrevistas con previa autorización

---

<sup>30</sup>Ver Anexo 3

del entrevistado. Por otra parte, se desarrollo una bitácora de campo<sup>31</sup>, en la cual se describió el proceso durante la recolección de los datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Se realizaron tres entrevistas exploratorias a informantes claves, por su calidad de expertos en este campo de estudio (Meuser y Nagel, 1991 en Flick, 2007). La información proporcionada brindó una mirada más genérica pero no menos relevante que la proporcionada por los operadores de salud. Los aportes realizados por los consultados en esta oportunidad, colaboraron con la comprensión de los resultados que se obtuvieron en las instancias con los operadores de salud, y contribuyeron con la elaboración de sugerencias para el trabajo de acompañamiento salubrista de adolescentes en estado de gravidez o que sean madres.

Con respecto a las entrevistas a los operadores de salud, se inicio con un arranque muestral con al menos cinco entrevistas a operadores de salud, y se incrementaron las mismas hasta lograr la saturación teórica deseable. Esto último fue determinado durante el proceso de recolección de información y análisis de la misma al identificarse que los nuevos datos ya no agregaban más información a las categorías conceptuales generadas a partir del análisis efectuado (Krause, 1995; Strauss y Corbin, 1990).

El Director del centro de salud sugirió una lista de ocho operadores de salud para ser entrevistados, de acuerdo a los parámetros definidos por el investigador. Las mismas se concretaron en función de la disponibilidad de sus respectivas agendas de trabajo. Al finalizar el proceso de recolección de datos, se logró entrevistar a siete integrantes del equipo asistencial del Espacio Adolescente del centro de salud.

#### **3.4. Técnica de Análisis de datos**

La información recogida, se estructuró de acuerdo a los objetivos específicos respetando las narraciones de los participantes, logrando así, describir sus experiencias de acuerdo a su óptica, en su lenguaje y con sus expresiones. Para el análisis de la información, se empleó los criterios definidos por el análisis de contenido (Miles y Huberman, 1994: Hernández et al., 2006).

---

<sup>31</sup>Ver Anexo 4

En este trabajo se considero la concepción de análisis de contenido propuesto por Andréu (2008), quien lo define como una técnica de interpretación de textos, presentados en diferentes formatos, u otra forma de registro de datos (trascrición de entrevistas, discursos, protocolos de observación, entre otros) cuya condición común es la de poseer la capacidad de alojar un contenido que al leerse e interpretarse adecuadamente habilita el acceso a nuevos conocimiento respecto a diferentes aspectos o fenómenos de la vida social. Asimismo, siguiendo al mismo autor, el contenido puede ser interpretado de una manera directa o manifiesta, o por el contrario, de una forma que permita acceder al sentido latente y oculto de aquello que el autor quiso comunicar. En el caso del presente trabajo, se optó por la primera opción del análisis interpretativo, tomando la transcripción de las entrevistas como expresión del sentido que el entrevistado pretendió comunicar en un nivel manifiesto.

Las razones vinculadas a su elección, como técnica de análisis de datos, estuvo relacionada a varios factores. En primer lugar, con frecuencia es utilizada para analizar los puntos de vista subjetivos sobre determinados fenómenos recogidos por medio de entrevistas semiestructuradas (Flick, 2007). En segundo lugar, debido a su cualidad para analizar el contenido manifiesto de una comunicación, permite que se puedan realizar inferencias a partir de su sistematización (Ander-Egg, 1995; Andréu, 2008). Finalmente, implica un procedimiento menos ambiguo y fácil de implementar que otros métodos de análisis de datos (Flick, 2007).

Mediante la aplicación de su procedimiento de análisis<sup>32</sup>, se pudo lograr una descripción sistemática del contenido manifiesto de las entrevistas realizadas en el marco de la presente investigación. Asimismo, se considera que la triangulación que se logró con los datos que se obtuvieron, a través de las diversas fuentes de información<sup>33</sup> y la participación de diferentes agentes de salud<sup>34</sup> dentro del proceso, permitió alcanzar en la indagación cualitativa una mayor riqueza y profundidad (Hernández et al., 2006). Estos aspectos fueron necesarios para que el estudio adquiriera calidad y rigor.

---

<sup>32</sup> Ver Anexo 5

<sup>33</sup> Se tuvo en consideración otras investigaciones relacionadas con el área de estudio, documentos elaborados por la comunidad académica/científica o el Estado sobre la temática, entre otros.

<sup>34</sup> Se refiere a los aportes que brindaron los informantes claves y los profesionales o técnicos de salud que participaron en el presente estudio.

### **3.5. Aspectos éticos**

Se solicitó a las personas que participaron de la investigación sus consentimientos<sup>35</sup>, el cual brindaron de manera voluntaria. Se realizaron los contactos pertinentes, se les informó sobre las características de la investigación, su alcance, y condiciones, así como también, se garantizó su anonimato y se explicó la libertad que poseían de retirarse en el momento que lo desearán. Asimismo, se solicitó permiso para grabar las entrevistas y se les informó que las mismas iban a ser transcritas posteriormente para su análisis.

Por otra parte, una vez finalizada la investigación y elaborado el informe final, se contactaran nuevamente los participantes del estudio, y se concretaran con ellos las entrevistas de devolución sobre los resultados obtenidos. Además, se les entregará impreso el documento. En el mismo se incluirá un teléfono de contacto por cualquier duda o consulta sobre el contenido del documento entregado.

---

<sup>35</sup> Anexo 6

## IV. RESULTADOS

---

En el siguiente apartado, se presentan los resultados obtenidos en las entrevistas<sup>36</sup> realizadas a los informantes claves y a los operadores de salud. Los datos recogidos se describen de acuerdo a su pertinencia con respecto a cada objetivo específico de la investigación. Asimismo, debido al volumen de información obtenida, se decidió agregar al final de cada objetivo específico un resumen con los principales hallazgos encontrados.

*4.1. Discurso/s de los operadores de salud, que atienden adolescentes embarazadas y aquellas que son madres, usuarias del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo, sobre el embarazo precoz.*

### 4.1.1. Informantes claves

En esta sección, el tema central ha sido el embarazo precoz [EP], y la información recogida al respecto se incluyó en una categoría denominada concepto [EP-C].

En primer lugar, los informantes claves reconocieron la ausencia de consenso al momento de conceptualizar [EP-C] el embarazo en la adolescencia. Las diferentes posiciones en relación a la temática parecen trascender la órbita del ministerio siendo un problema no resuelto también en los organismos internacionales.

*(...) creo que ese es un tema en el cual se está discutiendo, porque no está saldado el tema (...) tenemos diferentes opiniones (...) creo que va más allá del ministerio (...) es una cosa internacional (...) (E9).*

No obstante, a pesar de la diversidad de opiniones, se reconoció la hegemonía que el pensamiento médico tiene al respecto. Desde esta perspectiva, el embarazo precoz es conceptualizado como un problema el cual debe prevenirse, y también, como una situación

---

<sup>36</sup> Nota: En letra cursiva aparecen, textualmente, verbalizaciones de los participantes del estudio, que se consideran ilustrativas de las descripciones que se realizaron. Asimismo, la referencia de la fuente será identificada por el número de entrevista [EN°] a los efectos de resguardar la identidad de los informantes.

de riesgo al darse en esta etapa del ciclo vital. Se sostuvo que los discursos hegemónicos parten de una generalización que no contemplan las particularidades de las vivencias o significados atribuidos por el sujeto que vive la situación.

*(...) bueno, hay varias bibliotecas, pero la salud (...) haber (...) yo creo que seguimos teniendo, a pesar del cambio de modelo, y a pesar de las priorizaciones del nuevo modelo de atención (...) seguimos teniendo un peso médico hegemónico importante. Desde esa perspectiva, desde esa biblioteca, digamos así, ve al embarazo adolescente como un problema. Y a la maternidad adolescente como un problema. (...) yo creo que seguimos bastante colocados en esa forma explicativa (...) el embarazo adolescente es un problema y hay que prevenirlo (E6).*

*El embarazo adolescente, por ser un embarazo en la adolescencia, ya es considerado como un embarazo con determinados riesgos. Y desde ese lugar es que se encara el embarazo en la adolescente (E7).*

*Desde el punto de vista fisiológico, emocional y psicológico (...) desde todas las perspectivas de la salud. Porque verdaderamente un embarazo en la adolescencia configura un riesgo (...) lo cual no significa que el resultado final de ese embarazo (...) si se controla, se previenen las patologías (...) ese embarazo transcurre en la franja de salud todo (...) (E7).*

Asimismo, se planteó la reciente consideración que se le está dando al contexto social de la adolescente para valorar el riesgo que representa el estado de gravidez. En tal sentido, se aludió a la edad de la adolescente, el deseo o no de ese embarazo, y la existencia o no de proyectos de vida alternativos o complementarios a la maternidad.

*Ahí hay una historia (...) donde antes era un problema y ahora es un riesgo (...) pero con una mirada más pensada desde la diversidad de situaciones que hay que contemplar (...) hay que determinar más las edades (...) porque las de abajo de catorce creo que siempre nos van a preocupar por lo biológico y no solo por lo psicosocial. Las mayores de quince (...) el tema es*

*ver qué desean ellas (...) cómo trabajar cuál es su deseo (...) que de alguna manera no planifica o planifica pero desea el embarazo. No es que no nos preocupa y digamos hace lo que querés (...) también hay que pensar por qué quieren embarazarse tan temprano. Y después hay otro grupo, que tengan la edad que tengan (...) que no quieren y les paso y que también hay que atender (...) (E9).*

De acuerdo a la información obtenida, la diversidad de factores que suelen intervenir en la concreción de un embarazo en la adolescencia, exige un abordaje intersectorial para encarar las estrategias destinadas a la promoción y la prevención de salud en la adolescencia. No obstante, el diálogo inter-institucional en este nivel de atención parece estar ausente en la gestión estatal. Una de las explicaciones dadas al respecto, alude a la tendencia de atribuir el embarazo temprano como problema casi exclusivo de la salud.

*(...) el embarazo se produce después de dejar de estudiar es una cosa que ya sabemos hace mucho (...) ¿qué se ha hecho en eso? Creo que no mucho (...) ¿cómo se trabaja? ¿se trabaja desde la salud o desde la educación? (...) o ¿desde ambos juntos? o ¿desde otras políticas? (...) porque, entonces el embarazo adolescente cuando lo tomamos desde el ámbito de la salud, propiamente dicho, ya fue!. Entonces (...) dónde está la responsabilidad de buscar caminos diferentes a esto (...) la salud o la atención de la salud es algo que está por allá tras (...) última en las cosas (...) en el sentido estricto. Si vos me decís las determinantes sociales y culturales (...) bueno ahí es otra cosa, porque ahí somos muchos (...) bastantes y no sólo los profesionales de la salud. Ahí es tarea de todos (...) yo el tema lo coloco también fuera del ámbito de la salud (...) hay un ámbito que es social, cultural y educativo que me parece que no mira este tema (...) y parece que todo fuera cosa de la salud y no es así (...) (E9).*

En resumen, los informantes claves reconocieron la ausencia de consenso al momento de conceptualizar el embarazo en la adolescencia. No obstante, señalaron la hegemonía que el pensamiento médico ejerce sobre la misma; desde esta perspectiva, el

embarazo precoz es conceptualizado como un problema el cual debe prevenirse. En tal sentido, destacaron la relevancia de un abordaje intersectorial para encarar las estrategias destinadas a la promoción y la prevención de salud en la adolescencia. Por otra parte, se planteó la importancia de considerar el contexto social de la adolescente para valorar el riesgo que representa el estado de gravidez.

#### 4.1.2. Operadores de Salud

Al igual que lo sucedido en las entrevistas con los informantes claves, en este sector, el tema central ha sido el embarazo en la adolescencia [EA], y la información recogida al respecto se incluyó en una categoría denominada concepto [EA-C].

Se encontró un amplio consenso al momento de conceptualizar [EA-C] el embarazo precoz como la concreción del proyecto de vida de la mayoría de las adolescentes que concurren al centro de salud. El embarazo y la maternidad se describieron como acontecimientos cotidianos y naturales en la vida de las adolescentes que viven en esa zona. Se explicó que la influencia cultural constituye una variable clave al momento de significar tal experiencia vital. En tal sentido, ambas situaciones otorgan a la adolescente identidad y una posición social valorada al cumplir con las expectativas de género dominantes en ese contexto.

*Pero ya te digo (...) y más la población que vemos nosotros que viven la maternidad como (...) como un hecho natural, porque sus hermanas, sus tías, sus madres (...) todas fueron madres adolescentes, entonces es como algo natural que se vive (E10).*

*Acá es una zona que la maternidad tiene un poder muy grande, tanto a nivel de mujeres como de hombres (...) todo lo que tiene que ver con el hombre y su masculinidad (...) y el hombre como procreador (...) Y bueno en las mujeres también (...) el poder del embarazo (...) (E4).*

*la mayoría son deseados (...) aunque parezca raro (...) uno podría pensar que son por descuido (...) pero no, no son así (...) quizás, este (...) no*

*me compete a mí opinar sobre los motivos, pero muchas veces hablando con ellos o porque querían irse de la casa o porque el novio ya trabaja entonces y bueno con ese sustento, ella quiere ser ama de casa y piensa que podrá cuidar del chicos, este(...) Sale un poco de los canones que de repente (...) hablo por mí, nos manejamos (...) la forma de relacionamiento, pero es la realidad que impera acá y bueno (...) y es aceptada (E1).*

Por otra parte, el lugar psicológico y social que ocupa especialmente el embarazo en la mayoría de las adolescentes, también fue descrito en términos de identidad. En tal sentido, el estado de gravidez aparece como el proveedor de identidad para el sujeto, un hecho vital a partir del cual adquiere la condición de *alguien* para los demás y el entorno.

*Y muchas adolescentes, empiezan a ejercer derechos a partir de su embarazo (...) muchas adolescentes cobran visibilidad a partir de su embarazo. Muchas adolescentes que recién sacan su carné de salud a partir del embarazo, tramitan cédula a partir del embarazo (...) o sea (...) realmente adquieren identidad a partir de esa situación de embarazo (E4).*

*Para mí va por el lado de los proyectos de vida. No es solo que hay bueno no me cuide y quede embarazada (...) es eso (...) es su proyecto de vida. La mayor parte de las adolescentes que yo recibo (...) no tengo estadísticas, pero estudia hasta primeria, no piensan en secundaria pero si ya empieza a generar su lugar (...) donde a veces son muchos en una casa, que a veces es como una madre para sus hermanos porque los cuida (...) el hecho de quedar embarazada le genera algo propio (...) su hijo, lo cual da lugar a su asignación, a su pareja, a su espacio físico donde podrá ejercer su rol como madre (E8).*

De acuerdo a lo señalado por los operadores de salud, les resulta importante considerar el embarazo en función del contexto en el cual se desarrolla el mismo. Con frecuencia, esto influye significativamente en el acompañamiento que se realiza, a partir del interrogatorio clínico que el operador de salud realiza en la consulta.

*la madre tuvo hijos a los 15 años, digo (...) no tienen proyectos de vida. Viste!!! La madre no tuvo proyectos de vida (...) ellas tampoco (...) y estamos hablando a los 30 años (...) la madre la tuvo a los 15 años, ella lo tienen a los 15 años (...) no hay proyectos de vida (...) la madre no tuvo, ella no tiene, y eso continua (...) así (E2).*

*Llega una adolescente, que está embarazada, y vos le decís ¿estudias? No, ¿trabajas? No, es como que ella misma se enfrenta a una cosa ¿qué voy hacer? Entonces, ¿en el qué voy hacer? Uno le larga con todo el bagaje que tiene uno, bueno tenés que preparar, porque no vas a seguir siempre bajo el techo de tus padres o si tiene pareja (...) colaborar en el tema del hogar. Un poco buscar que no todo termina con la maternidad (E10).*

*(...) no debería ser una barrera si uno logrará tener en cuenta todas esas cosas, y tratar de (...) no ponerse en el lugar, pero si intentar entender esas situaciones. No para aceptarlas (...) sino poder entender esas realidades que nos cuesta en realidad. Es decir, desde ahí poder trabajarlo y no ir en contra de todas esas creencias sino de ahí poder trabajar (...) porque los condicionamientos son fuertes, están arraigadas de generación en generación (...) seguramente esa adolescente embarazada seguramente su madre (...) está repitiendo la historia de su madre, de su hermana, y uno no puede ir en contra de eso. Si, hay que estar atento a la hora de dar un discurso, a la hora de dar un consejo o de proponer algo (...) no ir en contra sino tenerlo en cuenta. (E8).*

*(...) una de las cosas básicas que hago es ver si (...) cómo está con esta situación de embarazo (...) Es decir, a mi no me gusta flechar la cancha (...) ahhh, que bueno!! Estás embarazada!! No! (...) por qué? (...) lo primero es tratar de ver cómo está con este embarazo (...) Y siempre plantear que cada mujer que está embarazada tiene tres opciones. O seguir adelante con el embarazo (...) o darlo en adopción (...) o interrumpir el embarazo (...) yo siempre abro como esa puerta como para que esa adolescente que está en una situación que no sabe qué hacer o quiere interrumpir (...) bueno, poder desde la palabra sostener para que pueda pensar lo que le está pasando (...) (E4).*

Dentro de este marco de valoración y significación que ambos acontecimientos poseen, los consultados expresaron las dificultades que encuentran para abordar la creación de proyectos distintos a la maternidad o complementarios a la misma cuando se trabaja con las usuarias. Una de las posibles explicaciones que fueron brindadas refirió a sus creencias acerca de la percepción limitada que poseen las adolescentes con respecto a sus posibilidades.

*(...) en parte les corta un montón de cosas (...) pero manejamos una población donde su proyecto de vida es ese (...) y lo ven como algo espectacular (E10).*

*Y capaz que formo parte del proyecto de vida de esa persona, y las que tengo por lo general (...) casi todas lo buscaron. Creo que lo que falta son proyectos de vida que vayan más allá de la maternidad. Creo que eso si hay que hacer (...) Hay que ver que más allá de la maternidad existen cosas, existe mundo (...) (E5).*

*(..) lo que veo en este grupo de población, que ese embarazo es en verdad es su proyecto de vida (...) y si uno habla de estudiar (...) o, bueno no estamos hablando de una carrera (...) sino terminar secundaria (...) hablas de un proyecto de vida más allá de su maternidad y a veces no existe y es lo que más me inquieta o más me preocupa. A veces transmitirles ese otro valor, que para uno es importante (...) a veces para ellas no (E8).*

*(..) muchas veces se embarazan, y si estaban trabajando, muchas dejan de trabajar porque están embarazadas (...) pero es bien difícil eso (...) como que no ven otra (...) (E5).*

Otra de las reflexiones compartidas, en relación a este último aspecto, señaló la ausencia de oportunidades que tienen los adolescentes en esta zona de la capital montevideana. En tal sentido, se destacó que las limitaciones territoriales, en cuanto a recursos e infraestructura, para poder estudiar o permanecer en un centro educativo, condiciona también la creación de proyectos alternativos a la parentalidad en la población

adolescente. Si bien reconocieron el poco apoyo que suelen recibir por parte de las familias, así como la pobre valoración que éstas realizan de la educación, las escasas oportunidades sumadas a la precariedad de las mismas, estarían restringiendo los posibles caminos que estos adolescentes pudieran emprender.

*Siento que muchas veces no hay muchos más proyectos de vida que la maternidad en estos lugares (...) Y bueno (...) si no se pueden generar proyectos palpables de vida, como que parece ser la maternidad el más viable y seguro (E4).*

*El profundo respeto por la decisión del adolescente (...) pero bueno, creo que esa decisión está teñida por todas estas cosas (...) con que desde la familia no hay apoyo para que el adolescente continúe estudiando (...) que no hay una valoración de la familia por el estudio, que vienen desde generaciones de no estudiar (...) vienen que sus propias mamás fueron adolescentes cuando las tuvieron (...) entonces (...) es complicado. Ta! Es complicado porque es una lógica distinta (...) es una lógica que uno tiene que respetar (E4).*

No obstante, también surgió la visualización del embarazo en la adolescencia como una situación de riesgo o inconveniente. Las razones brindadas refirieron, en primer lugar, a la condición de la adolescente como un ser en pleno proceso de desarrollo y maduración, siendo el embarazo un factor de riesgo en sí mismo en esta etapa del ciclo vital. En segundo lugar, por concebir la maternidad como un acontecimiento que cambia la vida a cualquier mujer, que convierte al sujeto en tutor o guía del desarrollo de otro ser, trascendiendo las tareas de alimentar y vestir.

*(...) una situación inconveniente (...) porque son seres humanos en formación, desde el punto de vista biológico, psicológico, social (...) y bueno, yo no sé si vos tenés hijos, pero la maternidad debe ser la carrera más complicada de la vida (se ríe) (E10).*

*Porque siento que (...) forma parte de una realización personal equivocada, porque en general uno sabe que esas jóvenes (...) en general*

*buscan en un embarazo (...) como para satisfacer una necesidad de ser (...) de valorarse (...) A mi me pasa, con adolescentes que conozco, que las conozco desde que eran chicas, que (...) siento que es una carga pesada de llevar para ellas, porque siento que no están capacitadas (...) porque complica un embarazo hacia esa edad (...) desde lo biológico hasta la realización personal, hasta la familia (...)* (E3).

*Trato de pintarles (...) bueno que es una realidad, de todos los derechos y los pilares que pueden encontrar acá para poder llevar adelante un embarazo (...) que por su edad (...) ya implica un riesgo o determinado problema* (E10).

*Siento que (...) que es una lástima (...) (suspira) la verdad es que es una lástima (...) porque yo que soy veterana (...) si volviera para tras (...) (se sonríe) yo tengo un hijo, y tuve a los 34 años, y (...) todavía me quedo pila por hacer (...) siendo adolescente, me imagino que más (...) pero digo (...) qué es un adolescente? (...) el adolescente tiene que estudiar, este disfrutar la vida (...) ir a la playa, ir a bailar (...) vivir la juventud (...) me queda una lástima bárbara (suspira) (...) realmente me da lástima. Para mi hijo no lo querría (...) Quisiera que disfrutara de todo lo que tendría que disfrutar un adolescente* (E2).

En resumen, desde la perspectiva de los operadores de salud, se encontró un amplio consenso al momento de conceptualizar el embarazo precoz como la concreción del proyecto de vida de la mayoría de las adolescentes que concurren al centro de salud. No obstante, también surgió la visualización del embarazo en la adolescencia como una situación de riesgo o inconveniente. En sus declaraciones reconocieron que sus aproximaciones al embarazo precoz, se han matizado a partir del trabajo diario con las adolescentes. Al respecto, se menciona la importancia de considerar el contexto social de la adolescente para valorar el riesgo que representa el estado de gravidez. Por otro lado, señalaron que el embarazo y la maternidad parecen otorgar a las adolescentes de la zona,

identidad y una posición social al cumplir con las expectativas de género dominantes en ese contexto social. Finalmente, aludieron a las limitaciones territoriales, en cuanto a recursos e infraestructura, para que los adolescentes de Jardines del Hipódromo pudieran estudiar o permanecer en un centro educativo. Según plantearon, esto condiciona también la creación de proyectos alternativos a la parentalidad en esta población.

*4.2. Discurso/s de los operadores de salud, que atienden adolescentes embarazadas y aquellas que son madres, usuarias del Centro de Salud Jardines de Hipódromo, sobre los programas de salud instrumentados en torno a la maternidad temprana.*

#### 4.2.1. Informantes claves

En esta sección de los resultados, surgió como tema central los programas de salud instrumentados en torno al embarazo precoz y la maternidad temprana [PSEMT]. La información recogida al respecto se organizó en cuatro categorías: enfoque [PSEMT-E], instrumentación [PSEMT-I], debilidades [PSEMT-D], y debate en el abordaje sanitario [PSEMT-DAS].

En relación al enfoque [PSEMT-E] de los programas de salud que se están instrumentando, señalaron la existencia de dos líneas de abordaje. Por un lado, ubicaron el trabajo que se realiza desde la promoción en salud, describiendo la importancia de un vínculo estrecho con el Consejo de Educación Primaria [CEP]. En tal sentido, comentaron la importancia del rol que posee la educación al momento de generar propuestas que aseguren la permanencia de los niños en el sistema educativo formal, especialmente para quienes viven en condiciones precarias. Se sostiene que el trabajo intersectorial que se emprende en el primer nivel de atención es fundamental, no solamente a nivel de salud sexual y reproductiva, sino también intentando significar el camino de la formación permanente como una alternativa para sus vidas futuras.

*Una es trabajar en promoción en salud y educación, no solo (...) porque ahí también hay una cosa muy fuerte de mandato de género (...) hay una cuestión muy fuerte de lo que los gurises ven en su hogar (...) los modelos de familia (...) un poco la deslegitimación o decaimiento de la educación, también es un factor que propicia que los gurises se desprendan del sistema educativo y que las familias no lo vean (...) y realmente no lo ven, porque la institución educativa realmente no les hace un lugar a los gurises (...) o sea, formalmente se los hace, pero materialmente no se los hace (...) entonces a menudo las familias no ven que esa vía sea una vía de ascenso social (...) entonces hay todo un campo de trabajar en primaria (...) en 5to y 6to, no solo en salud sexual y reproductiva, sino que también trabajar para que los gurises puedan permanecer en condiciones reales (...) Eso son tareas para la educación, me parece, junto a la salud (...) (E6).*

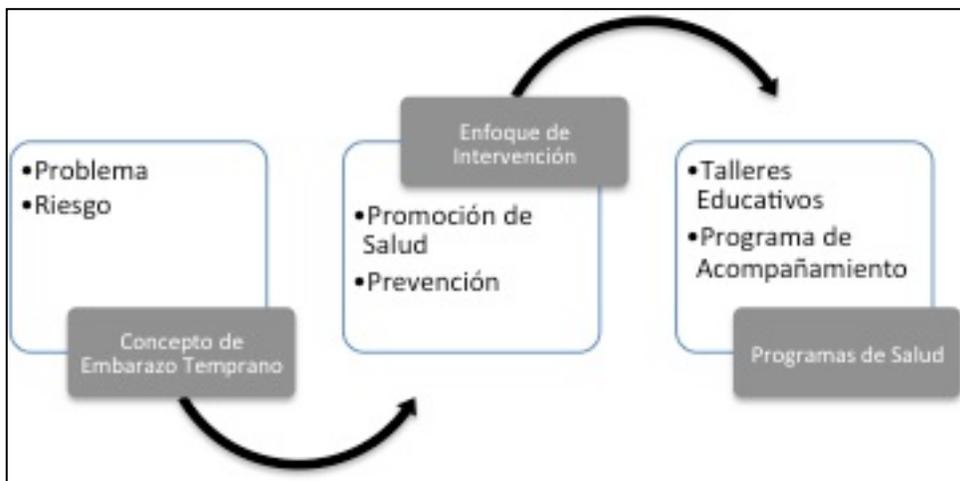
*(...) La idea es trasladar al equipo técnico a los lugares (...) está planificado anualmente (...) y se concretan actividades bimensuales o trimestrales orientadas a la masa (...) al mayor grupo (...) tratando de prevenir aquello que es prevenible (E7).*

Por otro lado, se identificó el Programa de Agente Socioeducativo, como la estrategia de intervención destinada al acompañamiento de la adolescente que está embarazada o tiene a su hijo. Se explicó que ante la dificultad de prevenir el primer embarazo, se creó este programa con la intención de promover conductas saludables en la adolescente, en relación a su hijo y hacia ella misma, trabajar con la pareja y/o familia como red de apoyo y contención, y generar junto a la adolescente otros proyectos que sean complementarios a la maternidad.

*una vez que se produjo ese cambio de trillo en la vida (...) el proyecto fuerte y consistente pasa a ser la maternidad (...) Cuesta ver que se modifique (...) Entonces las acciones, una vez que ocurre el nacimiento de un hijo en la adolescencia, tienen que ver en gran parte con las tareas de los agentes socioeducativos. Es promover los cuidados de la salud de la adolescente y de*

*su bebé, trabajar sobre el vínculo, tratar de preservar ese vínculo, trabajar con la pareja (...) cuando está la pareja y con la familia, y hacer los intentos de las re-inserciones (...) por la generación de otras posibilidades en la cotidiana (...) que no sólo sea el cuidado de los niños (...) (E6).*

En la siguiente Figura 4.4.1. se diagrama el enfoque [PSEMT-E] de los programas de salud que se están instrumentando en relación al fenómeno de estudio. Parece existir una relación directa entre la conceptualización vigente sobre el embarazo temprano, la perspectiva asistencial asumida por el ministerio, y las acciones implementadas a nivel territorial. Las variables mencionadas, muestran una conexión de dependencia que genera un efecto en cascada sobre el resultado final. Esto implicaría que si se pretende introducir cambios a nivel programático, se debería contemplar previamente modificaciones en las variables que anteceden a la misma, de lo contrario, el efecto probablemente no sea el esperado.



*Figura 4.4.1. Relación entre concepto, enfoque, y programas instrumentados.*

El programa se ejecuta [PSEMT-I] en los centros de salud, integrando el/la agente socioeducativo/a al equipo de salud que trabaja en el Espacio Adolescente de los mismos. De acuerdo a lo compartido por los informantes claves, a la adolescente se le ofrece los

servicios necesarios para que pueda transcurrir su embarazo de la mejor manera posible. El abordaje integral de la adolescente embarazada constituye una responsabilidad mayor y representa una parte significativa del trabajo diario del equipo de salud que atiende en el servicio asistencial. Afirmaron que los espacios ofrecidos desde el centro de salud, como las Salitas de Encuentro, intentan abordar y fortalecer la red vincular de la adolescente, la cual suele ser frágil.

*Tratamos que transcurra ese embarazo (...) sosteniéndolo (...) y dándole todo el apoyo que sea necesario para que transcurra de la forma más normal (...) si se puede decir normal (E7).*

*(...) adolescente embarazada es como una responsabilidad asociada por el equipo que tiene que tener un seguimiento mayor (...) que tiene que ver con los vínculos (...) lo que más se trabaja en las salitas de encuentro son los vínculos (...) que justamente la adolescente embarazada puede tener ese problema. Al quedar embarazada (...) separarse del resto o no (...) y bueno generar vínculos familiares, con amigos (...) vínculos de contención (...) para lo que se viene, no? (...) (E7).*

*(...) es parte diaria del trabajo del grupo. Se orienta, se le explica (...) que se empodere de la información para que el cuidado ya pase a ser decidido yo cuidarme ahora (...) Básicamente es eso (...) facilitar la simetría entre el usuario y el equipo de salud (...) que esa brecha se achique (...) el darle información luego les va a permitir tomar decisiones inteligentes después (...) por eso se necesita un tiempo distinto, estar capacitado (...) es la habilidad de saberlo transmitir (...) la oportunidad de cuándo yo introduzco determinados temas y cuánto espero para introducir otros (...) (E7).*

Los consultados consideraron que los programas instrumentados en relación a la maternidad temprana son pocos y funcionan con algunas carencias [PSEMT-D]. Por un lado, se señaló la ausencia de recursos humanos por parte de ASSE, lo cual dificulta obtener resultados de mayor impacto por parte del Programa de Agente Socioeducativo. Por otro lado, se reconoció la ausencia de propuestas en otros ámbitos, ajenos a la salud,

para facilitar la inclusión social de la madre adolescente. En tal sentido, se menciono la variedad de programas que existen en relación a la primera infancia, a partir de las cuales se suele captar a la madre, pero no implican que sean propuestas pensadas para ellas exclusivamente. De cualquier manera, se reconoció la labor de los agentes socioeducativos como claves en el proceso que vive la adolescente.

*Mira, yo creo que el trabajo (...) particularmente de los agentes socioeducativos,(...) es bien interesante (...) es un trabajo de cercanía muy valioso. Nosotros tendríamos que disponer (...) para que tuviera más impacto, tendríamos que duplicar o triplicar la cantidad de agentes socioeducativos que tenemos. Sigo hablando de la educación, porque el partido se nos juega ahí (...) Y tener una puerta mucho más abierta (...) mucho más flexible para que todos estos gurises siguieran interesados en formarse (E6).*

*Sobre la mamá en si mismo hay una fuerte carencia. Hubo un programa (...) Septiembre (...) que era un programa de seguimiento con la intención de evitar un nuevo embarazo, luego surgieron las figuras de las Agentes Socioeducativas (...) que tenían como su principal función dentro de otras acompañar a esa adolescente recientemente mamá (...) Hoy en realidad hay mucho seguimiento al bebé (...) y está garantizado por el Programa Aduana, con mucha incidencia en el primer año y ahora se extiende hasta el segundo año y se quiere extenderlo hasta los tres y cuatro años. Ahora sobre la mamá concretamente hay una debilidad (...) sobretodo para esa mamá que después de tener su bebé se aísla de algún modo (...) porque conjuntamente cuando vos vas a serle seguimiento al bebé también captas a la mamá (...) está muy controlado lo que tiene que ver con el puerperio y todo eso. Pero nada más (...) Es un tema (E7).*

*(...) el rol del agente se ha ido desdibujando (...) el perfil del agente socioeducativo (...) como todo, ha ido evolucionando (...) se van a encontrando con cosas que hacían que por ahí no tenían o no se encontraron con el impacto que se esperaba y se fueron transformando en lo que es hoy (E7).*

Siguiendo con este aspecto encontrado en el análisis de las entrevistas, se explicó algunas de las causas generadoras de tal transformación. En primer lugar, lo atribuyeron a la variedad de profesionales que ejercen en el rol de agentes socioeducativos dentro de los equipos de salud, lo cual les planteo el desafío de ir construyendo un rol de salud distinto pero inevitablemente asociado a su formación de base. En segundo lugar, y en relación a este último aspecto, la superposición de profesionales que se dio inevitablemente en los equipos asistenciales, aunque se desempeñaran en diferentes roles, ha generado y generará consecuencias a la interna de los mismos. Y por último, las dificultades encontradas por los operadores de salud al momento de salir al terreno y desempeñarse en su tarea de acompañamiento, también influyeron en el perfil que fueron adoptando de acuerdo a los recursos y condiciones del contexto en la cual estaban insertos.

*desde el llamado a formar parte de los agentes de acompañamiento, en los requerimientos y en el perfil del llamado fue muy variado (...) vos encontras disciplinas que van desde el trabajo social hasta psicología (...) antropólogos, licenciadas en enfermería (...) Entonces tuvieron que ir sufriendo transformaciones justamente por eso (...) porque cuánto pongo yo de mi disciplina y de mis conocimientos a la tarea para la cual estoy contratado(...) porque no existe la formación de agente socioeducativo. Entonces se tuvieron que ir adaptando a un rol y una función de distintas disciplinas (...) y de ese lugar es el abordaje. Insisto (...) yo creo que la intención fue muy buena (...) desde el propio llamado (...) yo tengo mis reparos en relación a eso (...) (E7).*

*Se han tenido que transformar para adaptarse a la realidad (...) porque si yo tengo un psicólogo en el grupo, que tiene la función de psicólogo y se desempeña en el centro como psicólogo (...) y después lo tengo que anteponer frente al agente socioeducativo que (...) en realidad es psicólogo (...) haber yo hablo desde el lugar de agente socioeducativo. Ta (...) pero vos sos psicóloga, y la psicóloga soy yo (...) Eso genera, genero y va a generar distorsiones menores (...) (E7).*

*También los agentes socioeducativos fueron mutando ellos para adaptarse a su propia situación (...) ellos mismos fueron sufriendo su propia transformación (...) de ir a la casa de las adolescentes y acompañarlos a quedarse más resguardados (...) porque salir a campo no es fácil (...) sale al campo y se desdibuja la función (...) actúan en domicilio, las acompaña, coordina, organiza, la atiende (...) articula (...) tienen mucho de coordinación con el CAIF, con el centro educativo, con INDA, con el médico general, con el ginecólogo, con la pediatra, (...) eran como una especie de trabajador social con conocimientos variados (...) así los vi siempre (E7).*

Finalmente, a partir de la información obtenida en las entrevistas con los operadores de salud, se explicitó desde ASSE la existencia de posiciones encontradas [PSEMT-DAS] respecto a la generación de espacios exclusivos para madres y padres adolescentes dentro de los servicios ofrecidos en los centros de salud. De acuerdo a lo compartido por la entrevistada sobre este tema, la creación del Espacio Adolescente intenta cuidar y contemplar las particularidades de esta etapa del ciclo vital, lo cual es válido y era un debe que tenía el sistema de salud. No obstante, esto no debería ser una barrera que no habilite el intercambio con otros servicios u otro tipo de usuarios.

*Los adolescentes seguramente tienen necesidades particulares y características específicas que hacen que nosotros tengamos que generar algunos espacios exclusivos para ellos. Por eso se crearon los espacios adolescentes. Pero también (...) que para ser mamá se precisa otra mamá (...) o sea esta cuestión de tener un modelo de (...) cercano ya sea una mamá, una vecina (...), una tía (...) que te inspira o te ayuda a construir ese modelo de maternidad (...) porque también de eso estamos hablando (...) de proyectos (...) Porque hablamos de una adolescente que tiene un bebé y que esperamos o tenemos la convicción que lo mejor para ese bebé es estar con su madre (...) ahí hay una discusión sobre en qué medida no es conveniente que mantengamos espacios de interacción entre las adolescentes embarazadas con otras embarazadas de otras edades (...) es decir, que no nos pongamos tampoco muy estricto en defender a raja tabla los espacios exclusivos (...) en*

*qué medida nosotros no tenemos que dejar abierta la puerta para que las embarazadas adolescentes interactúen dentro de los servicios, en espacios de aprendizaje, de talleres, y actividades de preparación para el nacimiento con el resto de la población de mujeres embarazadas. (...) nos focalizamos tanto que perdemos la dimensión de la vida cotidiana, de cómo se produce la realidad en la vida de las personas (...) eso es un punto a sacarle jugo (...) (E6).*

En relación a esto, al referirse al Servicio de Atención al Embarazo, la Maternidad y Paternidad Adolescente [SAEMPA], planteó que es una iniciativa de algunos agentes socioeducativos de Montevideo con la intención de brindarle mayor visibilidad a la parentalidad temprana en los centros de salud. Concretamente, dijo que es una línea de trabajo desarrollada en el centro de salud de Jardines del Hipódromo, pero desconoce el impacto del mismo a nivel de la capital y el resto del país.

*SAEMPA (...) es un espacio, potencialmente interesante de trabajo (...) yo no sé si le podríamos dar esa identidad de nuevo programa (...) Si es una iniciativa de trabajo, que tiene que ver con la dificultad de los agentes socioeducativos de tener una agenda de consulta, es decir, de estar más formalizados dentro de los espacios adolescentes (...) esa es mi particularísima visión (...) No ha habido desde acá o desde el Programa de Salud Adolescente una línea que diga generemos en todos los espacios (...) tal vez por falta de visión nuestra o porque no lo vemos viable en términos de asignar recursos humanos todavía (E6).*

En suma, se identificaron dos líneas de abordaje desde la salud: la promoción de salud y el programa de acompañamiento. En tal sentido, las acciones desarrolladas se integran y ejecutan desde la dinámica asistencial del Espacio Adolescente en los centros de salud. Los consultados afirmaron que los programas existentes en relación a la maternidad temprana son pocos y funcionan con algunas carencias; entre las mencionadas, se destacó la ausencia de recursos humanos y las carencias de propuestas en ámbitos ajenos al sistema de salud. Por otra parte, se reconoció

ampliamente la labor que desempeñan los Agentes Socioeducativos en el acompañamiento de adolescentes embarazadas o aquellas que son madres. Por último, se hizo alusión a la existencia de un debate actual a la interna de la salud respecto a la creación o no de espacios de atención exclusivos para madres y padres adolescentes dentro de los Espacios Adolescentes que actualmente funcionan en algunos centros de salud.

#### 4.2.2. Operadores de Salud

Se infirió del contenido de las entrevistas dos temas. El primero, aludió al abordaje desde la salud [AS], cuya información se organizó en dos categorías: Espacio Adolescente [AS-EA] y enfoque preventivo del embarazo [AS-EPE]. El segundo tema fue sobre los programas de salud [PSEMT] instrumentados en relación a la temática estudiada. En este caso, el contenido se organizó en seis categorías: tipos de programas [PSEMT-TP], instrumentación de programas [PSEMT-IP], operadores de salud [PSEMT-OS], usuarias [PSEMT-U], institución [PSEMT-I], y estado [PSEMT-E].

Con respecto al primer tema derivado de las entrevistas analizadas, en un amplio consenso, los operadores de salud identificaron el Espacio Adolescente [AS-EA], como la plataforma donde se ejecutan los programas de salud destinados a la población adolescente en general. En este sector asistencial, se atiende también a las adolescentes embarazadas y quienes son madres. A partir de la instrumentación del mismo, se pudo concretizar el abordaje sanitario de la parentalidad temprana desde una óptica integral.

*(...) la prevención del embarazo en la adolescencia, por lo menos en lo que tiene que ver con este centro de salud se basa en lo que consiste el Espacio Adolescente de Jardines del Hipódromo. Que en sí consiste en un equipo integral (...) de varios técnicos del centro de salud que trabajan con la población adolescente, tanto en lo que tiene que ver con lo asistencial como con todo lo educativo (...) (E5).*

*(...) Esto surgió en el período de gobierno anterior, con el surgimiento de los Espacios Adolescentes (...) donde se conformaron en los centros de salud, con más o menos integrantes de distintas disciplinas, la atención integral del adolescentes. Justamente se trata de que el adolescente, varones y mujeres (...) que en el caso mío que soy ginecóloga veo básicamente mamás adolescentes y adolescentes en general (...) para que puedan recorrer y puedan tener todo lo que es la integralidad de lo que es el servicio de salud. Tiene odontología, nutricionistas, ginecología, la parte de medicina general (...) hay una pediatra que ve a los adolescentes que son un poco más chicos (...) Y después una figura básica y fundamental que ha sido el aporte del MIDES a la RAP [Red de Atención Primaria] que son el agente de seguimiento socioeducativo (...) (E10).*

*Ya es conocido en este centro de salud que hay un Espacio Adolescente, y que (...) en recepción cuando hay un chico de 17 años o 18 años para abajo y entre 10 años y medio a 11 años para arriba va directamente a este Espacio Adolescente. Por lo tanto, ese chico va a ser visto por una nutricionista, un médico pediatra, un asistente social, una psicóloga, y un odontólogo (...) esa es la rutina. Ese chico pasa por toda esa rutina (...) dependiendo o no si las necesita (...) (E1).*

*(...) acá cuando una adolescente embarazada llega al servicio de salud, en general, bueno viene por su consulta de embarazo, y se intenta hacer una atención integral (...) como estábamos hablando (...) que no solo es atendida por el ginecólogo sino que también por otras especialidades (...) con las agentes socioeducativas, que realizan el primer contacto, para el seguimiento (...) y además es atendida por otras disciplinas como odontología, como, nutrición y trabajo social (...) (E8).*

El enfoque holístico señalado, involucra la tarea coordinada de un equipo multidisciplinario de profesionales pertenecientes a distintas áreas de la salud, así como también, una dinámica funcional diferente a los restantes sectores asistenciales que pretende, entre otros, brindar una respuesta inmediata a la demanda del usuario. Asimismo,

se destacó la reciente relevancia que para el sistema de salud fue adquiriendo la adolescencia como etapa evolutiva, y la percepción de este espacio como una iniciativa concreta que refleja tal reconocimiento.

*(...) ese Espacio Adolescente es un lugar abierto dos veces por semana (...) el martes tiene un horario muy amplio (...) por el tema que el adolescente es un individuo que consulta no muy temprano (...) con esas cualidades que hacen al adolescente (...) se atienden sin número, es decir, que la consulta es espontánea (...) es decir, que si él o ella tiene una consulta o duda y la resuelve en el momento, y no tiene que esperar ni una semana ni un mes (...) y en realidad habla con una persona preparada para eso (E5).*

*Si yo comparo con otros servicios, el Espacio Adolescente tiene más aceitado los procesos y es todo más rápido (...) y tenés mayor respaldo (...) Por ejemplo en adulta es como si tuvieran una mesa con dos patas (...) y en adolescente en seguida vos tenés más apoyo (E2).*

*Recién ahora se está haciendo foco en la adolescencia, a esa edad en particular y en esa etapa en particular (E4).*

*(...) se buscan los mecanismos para generar facilidades, incluso los días de los Espacios Adolescentes, que son los martes (...) también (...) Más allá que no se haya registrado, se intenta darle un lugar para que se le brinde la atención (E8).*

*(...) yo soy una de las que creen fervientemente que es un espacio que hay que pelearlo, que hay que lucharlo y hay que demostrar que es un espacio válido en sí mismo. Que la adolescencia es una etapa diferencial, que no es una etapa en donde pasas de niño a grande (...) o un puente, sino que es una etapa en sí mismo diferencial, que hay que poner foco en esta etapa que es tan importante y decisiva como es la adolescencia (E4).*

Por otra parte, se mencionó que una de las tareas que se efectúa desde el equipo asistencial, es la realización de talleres informativos en los centros educativos u otras

instituciones sociales, ubicados en la zona de influencia de las policlínicas dependientes del centro de salud de Jardines del Hipódromo. No obstante, se mencionó la baja participación comunitaria que están teniendo, en comparación a otros períodos de gestión. Algunas de las causas mencionadas refirieron a los pocos recursos humanos que cuentan para cubrir la demanda dentro y fuera del centro de salud.

*(...) hay una serie de políticas (...) ya sea por parte nuestra como centro de salud, y del Espacio Adolescente en particular (...) Aquí se les demuestra que es un espacio amigable, que es un espacio de puerta abiertas, que ellos pueden venir y hacer cualquier tipo de consulta con cualquier integrante del equipo multidisciplinario (...) (E1).*

*(...) El Espacio Adolescente no sólo tiene una tarea asistencial, sino que también, tiene una tarea de salir a la comunidad (...) también estamos yendo a escuelas o a comedores (...) a los centros que están en la comunidad, a las ONG (...) y eso tal vez lo descuidamos un poco por la falta de tiempo (...) tenemos muy poco tiempo y mucha demanda (E3).*

*Y hay mucho menos actividad fuera del centro de salud (...) es decir extra muros. Antes se hacía más cosas de lo que ahora se hace. Un poco, como que se desdibujó, pero seguimos funcionando (E10).*

*Entre los papeles y los hechos (se ríe) creo que se hace lo que se puede, porque yo te puedo hablar desde mi disciplina (...) yo en este caso, soy la única licenciada en nutrición del ministerio de salud pública en toda la zona de influencia del centro de salud (...) de seguro que muchas cosas se me están escapando, pero (...) porque hay un límite de acción y de capacidad. Y creo que por un lado, la falta de recursos es una limitante, pero tampoco quedarse en eso (...) yo creo que ahora con el nuevo modelo de atención se está intentando cambiar, por ejemplo, de quedarse dentro del consultorio y esperar a que la gente venga (...) sino más bien, empezar a salir, a integrarse con la escuela, con el liceo, con la comisión de vecinos (...) pienso que lentamente se está caminando hacia otros modelos de atención (...) siempre*

*con sus limitantes (...) incluso las limitantes, no solo el tema de los recursos, sino también desde el punto de vista del modelo que uno traía (...) de atender en el consultorio (...) cumplir un horario y (...) ya está!! (E8).*

Asimismo, por medio de estas instancias, entre otros, se aborda la prevención del embarazo temprano [AS-EPE]. No obstante, al profundizar al respecto, algunos consultados expresaron su desacuerdo con el enfoque adoptado por el MSP al momento de abordar las campañas de prevención. En tal sentido, señalaron que se comunica el embarazo precoz desde la negativa y la culpabilización del otro.

*(...) es como un poco tramposa eso de prevención del embarazo precoz (...) a mí como que todo esto de la prevención del embarazo me da como un poco de (...) (E4).*

*Hay que empezar a darle otra mirada. Creo que prevención del embarazo adolescente es como (...) culpable, te embarazaste sos culpable por embarazarte y sos adolescente (...) yo no sé si en realidad hay que prevenir el embarazo adolescente. Porque (...) creo que no hay que educar en la negativa. Prevención del embarazo adolescente, no sé si está bueno. Tal vez esté bueno (...) hacer educación en proyectos de vida (E5).*

En estos casos, propusieron que el abordaje del embarazo precoz debería estar orientado con otra perspectiva, priorizando la elaboración de proyectos complementarios a la maternidad, donde la construcción de una familia no sea un obstáculo para la concreción de otros proyectos, como estudiar o trabajar. O también, focalizando las estrategias hacia la población adolescente, que por su edad, al transitar por un embarazo posee mayor riesgo médico.

*No sé si en la prevención, pero si en el día de mañana capaz quiere volver a quedar embarazada, pero tal vez quiera terminar el liceo o hacer un curso o capaz (...) tienen otras prioridades y no solo la maternidad. Es decir, evalúa un poco más su abanico de posibilidades (...) entonces no sé si*

*prevengo pero tal vez (...) un poquito más adelante (...) Que no las corren (...) (E5).*

*(...) en realidad esto de la prevención yo lo pondría más en menores de catorce años, de repente (...) tal vez ahí haya más riesgo de prematuridad (...) en estos bebés (E4).*

Sin embargo, el cuestionamiento respecto a la posición estatal sobre la temática, también se manifestó por considerarlo escaso e ineficiente. Es decir, se planteó que si las campañas de prevención fuesen más insistentes y abiertas, tal vez los resultados serían diferentes. Propuso que se debería informar a la población de los servicios que se pueden encontrar en los centros de salud para poder evitar un embarazo no deseado, entre ellos, la accesibilidad que hoy se tiene a diversos métodos anticonceptivos. Señaló que si las campañas de prevención fuesen más explícitas, no deberían de existir los espacios de consultoría por casos de interrupción de embarazo.

*Pienso que si se hicieran campañas de prevención del embarazo, un poco más abiertas e insistentes (...) darían mejores resultados (...) y hablar de la situación, que no se habla (...) de la importancia del cuidado y del uso del preservativo (...) más campañas de difusión para evitar el embarazo (...) y que estén en conocimiento de todos los servicios que hay en los centros de salud, porque acá tienen (...) salvo en esos momentos que faltan las cosas (...) tienen todo gratis y al alcance (...)...el aborto no es la solución (...) (E10).*

*(...) te digo la verdad (...) ojalá que no existieran los embarazos adolescentes (...) que pudieran estar estudiando, que tuvieran otro proyecto de vida (...) que pudieran disfrutar la juventud, que pudieran trabajar (...) y que quedaran embarazadas cuando tuvieran que quedar, no? (...) (E2).*

*Cuando vienen acá, por ejemplo en mi caso, les digo que ustedes tienen que saber que existen esas medidas (...) aunque todavía no vayan a tener relaciones (...) está bueno que sepan qué es un anticonceptivo, qué es un preservativo, y que sepan que en el centro de salud nosotros les vamos a brindar la información y darles las medidas (...) uno le trata de dar las*

*herramientas, pero desde el centro de salud no podemos estar atrás de cada uno, entonces, me parece que es tarea de todos quienes están en los (...) lugares en donde pueda haber jóvenes de reforzar eso (...) más allá del papel que pueda llevar la familia (...) (E3).*

En la Figura 4.4.2. se mencionan los diferentes espacios asistenciales implicados en el servicio ofrecido a las adolescentes en estado de gravidez o madres dentro del centro de salud de Jardines del Hipódromo. En el diagrama se intenta ilustrar los niveles de especificidad implicados en la atención, donde coexisten servicios propios para las usuarias en el marco del Espacio Adolescente con otros pertenecientes a otras áreas, como aquellos ofrecidos dentro del centro de salud o a nivel territorial. La conjunción del accionar de estos niveles asistenciales parece pretender asegurar el abordaje sanitario de la parentalidad temprana desde una óptica integral.



*Figura 4.4.2. Abordaje desde la salud*

El segundo tema inferido fueron los programas de salud [PSEMT]. En tal sentido, se identificaron los distintos tipos de propuestas [PSEMT-TP] asistenciales en torno al embarazo precoz y la maternidad temprana. En tal sentido, se reconoció el Programa de Agente Socioeducativo, las Salas de Encuentro, el Programa de Salud Bucal y Nutrición, los cuales se ejecutan en el marco del Espacio Adolescente anteriormente mencionado. No

obstante, se mencionó la implementación de una iniciativa asistencial, que recientemente se estaba abordando en el centro de salud, denominado Servicio de Atención al Embarazo, la Maternidad y la Paternidad Adolescente [SAEMPA].

*(...) está el Programa de Agente Socioeducativo, y ahora hay un programa relativamente nuevo que se llama SAEMPA [Servicio de Atención al Embarazo, la Maternidad y Paternidad Adolescente] (...) Este servicio estaría dentro de todo el embarazo, y sería un trabajo que realizaríamos los agentes socioeducativos, pero que también participa ginecología y algunos otros técnicos (E4).*

*(...) Bueno, básicamente es ese (...) el programa de atención integral de odontología, respecto a la salud bucal, el aporte de la nutricionista con la parte de dietética y nutrición (...) este (...) y bueno y todo lo que es la atención integral del adolescente (E10).*

*(...) el Espacio Adolescente reúne la mayoría, y después la parte que están cubriendo las agentes socioeducativas (...) en cuanto a la prevención del embarazo adolescente (...) el seguimiento de la embarazada y su acompañamiento (...) (E3).*

El Programa de Agente Socioeducativo fue el más nombrado por los operadores de salud y los informantes claves consultados. En tal sentido, se destacó la tarea de acompañamiento que realizan los operadores de salud que trabajan desde ese rol, y la importancia del mismo como espacio de apoyo y sostén para la adolescente embarazada o madre.

*(...) Y después una figura básica y fundamental que ha sido el aporte del MIDES a la RAP [Red de Atención Primaria] que son el agente de seguimiento socioeducativo (E10).*

*Yo lo que veo que trabajan mucho las agentes socioeducativas, desde el comienzo del embarazo, para prepararlas, les hablan de todos sus derechos, para tratar que vengan con sus parejas, que participen de los*

*talleres para la preparación del parto (...) incluso hay talleres que hace toda esa parte, donde se trabaja con un grupo de madres adolescentes que está bueno (E3).*

*(...) desde el servicio de salud, lo que se hace es tener un espacio en donde nosotras, las agentes socioeducativas, en realidad somos una figura que trabaja con la maternidad y paternidad adolescente, pero no desde el lugar de la prevención (...) sino desde el lugar de la promoción de derechos, y de tratar de empoderar a estos y estas adolescentes en sus derechos para que ellos pueden elegir el momento (...) cuándo, cuántos (...) (E4).*

*(...) el acompañamiento con la adolescente es como un acompañamiento, por un lado, en todo lo que tiene que ver con la parte emocional, con todos los cambios, generar un espacio desde otro lugar, donde se le ofrezca un acompañamiento a nivel afectivo, emocional, poder trabajar con ellas, con la familia, con su pareja (...) generar un espacio en donde ellas puedan pensar, pensarse, trabajar el apego (...) Y, básicamente viene por ahí. Y por otro lado, está todo el trabajo con las redes (...) tener un trabajo bastante cuerpo a cuerpo con los liceos con los equipos multidisciplinarios (...) como para que realmente la gurisa pueda vivenciar ésta red (...) más o menos por ahí (...) (E4).*

*Hay dos agentes socioeducativos (...) en el caso que la adolescente quede embarazada (...) acompañan al adolescente en lo que tiene que ver con este paso en (...) con todos los derechos y beneficios del embarazo y luego en sí con todo lo que tiene que ver con la inserción en el sistema educativo o laboral (...) durante dos años acompañan a las mamás y papás adolescentes en ese proceso (...) (E5).*

*(...) me parece que hacen una labor muy interesante, que están muy comprometidas con lo que hacen, en realidad (...) y son de gran utilidad para esa población tan vulnerable. Verdad! (...) que necesita mucho apoyo para ese momento (...) de contención y de apoyo. Y también un poco para evaluar*

*un poco las necesidades de esa población y de nexos con otras instituciones que también colaborar con ese apoyo y sostén (E8).*

En la Figura 4.4.3 se pretende representar el rol articulador asumido por el operador de salud que ejerce como Agente Socioeducativo en el centro de salud. Según las declaraciones de los participantes, es quien específicamente debe generar y fortalecer una red de apoyo acorde a las necesidades de las usuarias, donde se integren de la mejor manera posible los recursos internos del servicio de salud así como también aquellos pertenecientes a la comunidad en general. A partir de su función de acompañamiento a la parentalidad temprana, parecen ser los representantes del *afuera* en la dinámica intra-institucional, y los delegados *sanitarios* en el espacio intersectorial.



*Figura 4.4.3. Agente Socioeducativo como nexo entre el centro de salud y los recursos comunitarios.*

En relación a este rol, el operador de salud entrevistado, comentó que a partir de la experiencia profesional adquirida con esta población, desarrollaron una nueva iniciativa que intenta introducir algunas modificaciones en la ejecución del programa de

acompañamiento. En tal sentido, SAEMPA surgió recientemente como producto de la reflexión sobre la práctica generada a partir del ejercicio de su rol como agente de salud.

*(...) el objetivo sería poder tomar contacto en el primer trimestre de embarazo, por lo menos tener una entrevista, otra entrevista en el segundo trimestre, tercer trimestre, puerperio inmediato, puerperio, seis meses y luego el año del bebé (...) y poder hacer un acompañamiento durante todo el embarazo y luego también al padre, tratando de hacer un abordaje a nivel familiar (...) a este papá, a la familia o la pareja (E4).*

*(...) el trabajo del agente socioeducativo, en un primer momento, era trabajar a partir del puerperio (...) nosotras teníamos que tener el primer contacto con la adolescente (...) nos venía la lista de las que habían dado a luz y ahí era el momento de tomar contacto con la adolescente. Y luego con la práctica nos fuimos dando cuenta que en realidad lo mejor o lo más eficaz era tomar contacto desde el principio y poder hacer el acompañamiento desde el embarazo (...) por qué? Porque el puerperio es un momento particular como para irrumpir en escena, porque necesitan mayor intimidad y están en proceso de construcción de la familia como para que uno ingrese (...) Entonces esto, de empezar a trabajar desde el comienzo del embarazo nos parece como mucho más operativo y eficaz (...) y bueno, esto comenzó hace muy poco en realidad. Este sería el segundo año de SAEMPA, y estamos elaborando ficha (...) te digo estamos como en proceso de construcción (E4).*

Con respecto a las Salas de Encuentro, se destacó que son espacios pensados para la mujer embarazada y su familia, donde se realizan charlas informativas e instancias de reflexión donde las usuarias, independientemente de su edad, y sus acompañantes canalizan dudas e inquietudes. Por otro lado, obtuvieron la autorización por parte del MSP, para generar un espacio de encuentro exclusivo para las adolescentes embarazadas y sus familias. Este nuevo ámbito tiene las mismas características y finalidad que el destinado a las usuarias adultas embarazadas, y funciona los días martes cuando el horario de atención para adolescentes es más extenso en el centro de salud.

*El objetivo de las Salas de Encuentro para las embarazadas y sus familias es generar un espacio de reflexión, de charlas, a partir de inquietudes que las mujeres traen, y también involucrar a toda la familia (...) es generar un espacio de intercambio y reflexión con estas embarazadas, con sus familias, y con el grupo técnico del centro de salud (E4).*

*(...) presentamos un proyecto de lo que son las Salas de Encuentro para los adolescentes y sus familias. Y bueno, fuimos uno de los centros que ganamos el proyecto. Y bueno, ahora tenemos un espacio que son los días martes, que son las Salas de Encuentro para embarazadas y sus familias, y dentro de ese espacio vamos a tener espacios diferenciales para las mamás adolescentes y sus familias. Más allá del espacio, en general, con todas las mujeres embarazadas, vamos a tener un espacio diferencial para las embarazadas dentro de esta etapa en particular (E4).*

El Programa Nutricional y el de Salud Bucal forman parte de la atención integral que reciben los adolescentes en el marco del Programa Nacional de Salud Adolescente. Ambos programas, de acuerdo a las opiniones recogidas, han mejorado significativamente la calidad de la asistencia destinada a esta población.

*Hoy en día se les da toda una atención integral, donde todo lo que tenga que hacerse en la parte odontológica se hace (...) y se hace hincapié que recurran a eso (...) porque por el hecho de estar embarazadas le cubren toda la parte odontológica. Se pasan a la nutricionista, donde se hace toda la valoración nutricional y qué ajustar en la dieta (...) (E10).*

*(...) para el Espacio Adolescente para la adolescente embarazada, hay una conexión directa entre el consultorio ginecológico y odontológico (...) entonces, muchas veces por el problema que muchas chicas se hacen pocos controles durante el embarazo (...) si bien por ley deberían hacerse una ecografía cada dos meses, creo, con frecuencia suelen realizarse una o dos durante todo el embarazo (...) bueno, entonces en esas dos veces cuando*

*concurren al centro de salud (...) tienen la disponibilidad de concurrir al consultorio odontológico (...) (E1).*

El servicio odontológico ha sido clave en lo que es la salud bucal de la embarazada, ya que por ser adolescente y estar embarazada, le cubre todos los tratamientos que deba realizarse.

*(...) en el caso que sea una adolescente embarazada, si ella viene ya con una hora dada por recepción para atención odontológica (...), la atiendo y se le explica que la va a seguir la otra colega que se encarga de la población embarazada. Se le explica los riesgos que tiene el embarazo de acuerdo a los distintos hábitos que en la historia clínica puede aparecer, y se le da ese tipo de información (...) así como de salud bucal como de higiene, cuidado entre las comidas (...) luego lo va a seguir con la otra colega (...) más que nada por un tema de papeleo o burocrático porque ella lleva las planillas que el ministerio nos da para ser llenadas con la información de toda la población embarazada en el centro de salud (E1).*

*(...) lo que hace es limpiarle los dientes, y aquellos dientes que no están en condiciones de estar en la boca o necesitan ser extraídos (...) se los extrae. Y luego se hace una terapia básica, que consiste en limpieza de sarro, y todas aquellas caries que sean...de un tamaño no muy grande, y se pueda solucionar en este consultorio (...) se soluciona. Es decir que, si el chico cumple con la tarea de nosotros le damos, que implica que realice su limpieza bucal domiciliaria y venir los días que tiene que venir (...) o seguir los pasos que nosotros le decimos (...) él al cabo de un tiempo (...) él se va a ir con su boca sana (E1).*

En cuanto al Programa Nutricional, por ser una persona en crecimiento, una vez que realiza el trámite ante INDA [Instituto Nacional de Alimentación], recibe mensualmente durante su embarazo, una canasta de alimentos. Esto es un derecho que recibe la adolescente, hasta los 19 años de edad, por su estado de gravidez.

*(...) Por ejemplo, como la adolescencia es una etapa de la vida en la que están creciendo (...) toda embarazada adolescente tiene derechos a una canasta de alimentos por mes, desde el momento que realiza el trámite con INDA (...) (E5).*

*(...) por ser la única disciplina en toda la zona que me toca atender a todos los grupos de población (...) siempre igual se prioriza este grupo de adolescentes embarazadas (...) Y bueno, a partir de ahí, en función de su estado nutricional y su acceso a los alimentos, se procede a darle recomendaciones, un plan de alimentos (...) se la va guiando de acuerdo a su situación individual (...) También se las deriva al programa de riesgo nutricional de INDA [Instituto Nacional de Alimentación], donde reciben una canasta (...) Es un convenio (...) un programa que es de INDA, que simplemente como nosotros estamos en contacto con la población derivamos hacia ese programa y entran en los pre-requisitos establecidos por INDA no por nosotras (E8).*

Por otra parte, se incluye la atención ginecológica dentro de esta categoría, debido a su pertinencia respecto al objetivo específico de la investigación<sup>37</sup>. Si bien los consultados no lo mencionaron como un programa específico, la misma integra la propuesta asistencial del Espacio Adolescente al igual que Odontología y Nutrición, y su control es obligatorio a partir de los 15 años de edad de la adolescente. En este caso, la tarea asistencial es realizada por ginecólogo para usuarias que consultan por métodos anticonceptivos, y si es por embarazo y puerperio, la demanda es canalizada también por la partera comunitaria indistintamente.

*De mi parte, que ganen confianza en mi persona, porque es una adolescente, es muy vulnerable (...) que ganen confianza con todo lo que es el examen físico (...) Y bueno, trato de que adhieran en un clima de cordialidad al sistema de salud para que no sean esas adolescentes que vienen una vez y luego no vienen más (E10).*

---

<sup>37</sup>Su inclusión se debió a la información anteriormente proporcionada por los informantes claves.

*(...) Mi rol tiene que ver con el control del embarazo (...) se puede controlar su embarazo tanto por partera como por ginecólogo. (...) pero en sí es controlar el crecimiento de ese bebé y la salud de esa mamá en esos nueve meses (...) (E5).*

En general, las instancias en las consultas fueron descritas como espacios de contención y apoyo para que las adolescentes puedan vivir su embarazo de la mejor manera posible. Comentaron que les dan a conocer sus derechos, así como también, sugieren o alientan proyectos complementarios a la maternidad, como estudiar o trabajar. Asimismo, suelen mediar en sus entornos familiares y conyugales, con la intención de colaborar en la construcción de un ámbito de sostén y afecto también en sus contextos personales.

*(...) yo siempre trato de encauzar la vida como que (...) la vida de la adolescente no se acaba con la maternidad (...) que trate de buscar otros caminos (...) que trate de insertarse en la parte educativa, de buscar qué van hacer para poder trabajar (...) eso sí, el buscar el después del embarazo (...) (E10).*

*(...) además de controlarse la panza y escuchar los latidos creo que esto es un espacio en el cual pueden hablar y les pregunto cómo están y ellas (...) en cada consulta hablan un poco más de (...) con quién vive, qué es de su mamá (...) de su papá, de su pareja. Además de hablar sobre hacete este estudio o te mando esta ecografía, también hablando de ella y de cómo se siente. Creo que es algo básico es el lenguaje, creo que eso acerca (...) por lo menos desde mi experiencia (E5).*

*(...) el desafío es que pintarles y mostrarles que acá en el centro de salud pueden tener una buena recepción y pueden llevar adelante felizmente su embarazo. Y después, los ajustes a nivel del medio familiar (...) que hay de todo tipo (...) desde la que la dejan sola hasta la que está tan sobreprotegida que prácticamente no las dejan disfrutar de su maternidad (...) por parte de sus referentes adultos. Y bueno, tratar de posicionar eso (...) y la que tenga*

*pareja y haya algún inconveniente, tratar de incentivar que continúe con su pareja (...) tratar de conformar el núcleo familiar (E10).*

*(...) que todo parte en primer lugar de una buena relación y la forma en que cómo llegar y la manera de cómo uno (...) ya llego con el embarazo y cómo hacemos para sin juzgar o con el dedo señalando (...) cómo vamos hacer para que en el día de mañana ella como mamá lo disfrute y lo cuide, y en realidad trate para la próxima que hayan otra mirada y que no se embarace muy cercano a ese primero. Pero por ella en sí, y por toda la vida que puede (...) como te digo (...) disfrutar con ese hijo, y en realidad dos o tres hijos ya limita para muchas más cosas (...) entonces tratamos de eso (...) que es fundamental la relación y la cercanía con esa persona. Y muchas veces cuando vos tenés esa relación (...) sos como medio referente y muchas veces te vienen a buscar a vos (...) (E5).*

*(...) las apoyo mucho más que a la adulta. Este (...) trato de hacer una cercanía más que (...) tratarlas muy especiales (...) este (...) Y a veces en eso que entra una y sale otra, y entra otra (...) no podés averiguar mucho (...) (E2).*

*Es importante tener una posición de apertura, de no rigidez (...) de escucha sin censura (...) como de escucha activa, de interés por lo que ella manifiesta. Este (...) de buscar a lo mejor (...) tener cuidado con los mensajes que uno dice (...) uno siempre quiere que esa adolescente vuelva, de generarle confianza para que pueda hablar y poder establecer un vínculo que realmente pueda (...) de confianza, en el cual se pueda abrir realmente (...) que se sienta apoyada y escuchada (...) que no se sienta censurada sino que se la quiere apoyar (...) que no se la va a censurar o retar de alguna forma (...) (E8).*

De acuerdo a la opinión recogida en las entrevistas, algunos consultados percibieron mayores propuestas destinadas al acompañamiento de la adolescente embarazada que campañas preventivas del embarazo, lo cual valoraron positivamente. Y otros, expresaron

que al desdibujarse el funcionamiento general del equipo de salud, la instrumentación de los programas fue cambiando y tomando distancia de lo establecido por el Programa Nacional de Salud Adolescente.

*Desde que yo estoy trabajando acá veo que se están haciendo más cosas como el SAEMPA o trabajar las agentes socioeducativas desde el comienzo del embarazo (...) Creo que se están instrumentando más programas y espacios (...) y que desde ese lugar está (...) bueno (...) (E4).*

*(...) por ser adolescente, lo que yo veo es que hay más programas y contención (...) en realidad, para este medio donde estamos (...) es como que la embarazada adolescente es bastante contenida en la parte psicológica, beneficiada con ese servicio (...) como que se la apoya bastante (...) (E5).*

*(...) en este momento como que la cosa se desinfló (se ríe). De todas maneras, como en el período de gobierno anterior se le dio tanto hincapié (...) yo creo que en todos los centros de salud seguimos funcionando, con más o menos frecuencia de reuniones (...) bueno, nosotros antes prácticamente nos reuníamos semanalmente, y ahora nos reunimos prácticamente cero, pero nos seguimos apoyando unos con otros (...) como si siguiéramos funcionando (E10).*

*(...) nosotros el logro que tenemos es haber mantenido el equipo, que este año un poco estamos complicados (...) digamos, que se nos ha exigido demasiados programas a cumplir y por ejemplo, no estamos solo para el Espacio Adolescente, entonces eso ha generado un poco de (...) falta (...) de planear otras cosas que estábamos haciendo (E3).*

Con respecto a la instrumentación de los programas de salud [PSEMT-IP] mencionados, aseguraron que para su eficiente implementación se requería que los operadores de salud conocieran acerca de estos, así como también, tuvieran coordinación entre ellos durante la atención hacia los usuarios. En el caso que esto no se diese, el sistema asistencial fallaría en el Espacio Adolescente, retrasando diagnósticos que sirviesen para ordenar tratamientos oportunos. Las razones explicadas por los consultados, se relacionaron

con la alta demanda que tiene el centro de salud y la carencia de recursos humanos. En este último caso, afirmaron acerca de la falta de técnicos en determinadas especialidades, como ser odontólogo, nutricionista, ecografista, quienes atienden a la población usuaria total del centro de salud además de la proveniente de las policlínicas dependientes. No obstante, a pesar de las dificultades que identificaron, destacaron ampliamente la importancia de su mutuo conocimiento y el tiempo que llevan trabajando juntos, como factores que permiten subsanar las mismas y facilitar los procesos implicados en la atención sin perjudicar al adolescente, especialmente cuando está embarazada o es madre.

*En realidad pienso que todo programa trabaja bien en la medida que también esté relacionado (...) si no está bien aceitado el equipo y también no se sabe los programas en sí, es como difícil que se ponga en marcha eso (...) entonces como acá hace tiempo se viene trabajando, es como que hay una buena conexión y muchas veces no piden número, y pasamos a la embarazada adolescente (...) pero si (...) acá tenemos un tema importante con las consultas, que el tiempo de demora es lo más complicado muchas veces, entonces todos los programas deben estar bien aceitados a la hora de la ejecución porque sino en realidad es muy difícil (E5).*

*(...) bueno la parte de ecografía, ahora estamos con un solo ecografista (...) y conseguir una ecografía es un triunfo (...) y bueno, hay algunas cosas que retrocedimos (...) La parte del extraccioncita, no sé cuál es el problema (...) se está trabajando un poco distinto a lo que se trabajaba (...) Más o menos, dentro de lo que se puede funcionamos (E10).*

*Toda adolescente embarazada debe pasar por el odontólogo (...) hay un odontólogo solo para todo el centro de salud (...) Si hubieran más técnicos sería mejor y más fluido todo. Igualmente, como tenemos buena conexión con Enfermería muchas veces las pasamos sin que tengan que hacer todo el trámite burocrático de ir a ventanilla, que saquen fecha para sacar número (...) que tengan que estar horas paradas haciendo cola (...) yo que sé (E5).*

*(...) su derecho a la atención al servicio en salud (...) eso me parece importante velar por esto. Que no pase, que lleguen y no encuentren fechas (...) bueno con todas esas dificultades o barreras que a veces hay (...) no solo por la gestión, sino también de sobrepoblación y los escasos recursos (...) y bueno tratar de que el derechos de ellas a la atención en salud puedan acceder realmente de forma digna (E8).*

Relacionado con esto último, los consultados hicieron referencia al flujograma. Ésta es una herramienta gráfica empleada por el equipo de salud del Espacio Adolescente para favorecer el pasaje del usuario por las distintas especialidades de acuerdo a sus necesidades sanitarias. En tal sentido, en la entrevista inicial con el adolescente se indaga sobre las distintas áreas psicosociales contempladas en la hoja SIA. A partir de la información recogida, el médico consultante evalúa las derivaciones pertinentes de acuerdo a las particularidades de cada sujeto, como odontología, nutricionista, ginecología, agente socioeducativo, entre otras.

*En el centro de salud trabajamos mucho con lo que es el Flujograma, entonces todas adolescente embarazada hace lo que dice el flujograma y pasa por todos los técnicos. Y yo un poco también, cuando vienen a hablar conmigo, yo también les cuento de que se trata el flujograma (...) (E4).*

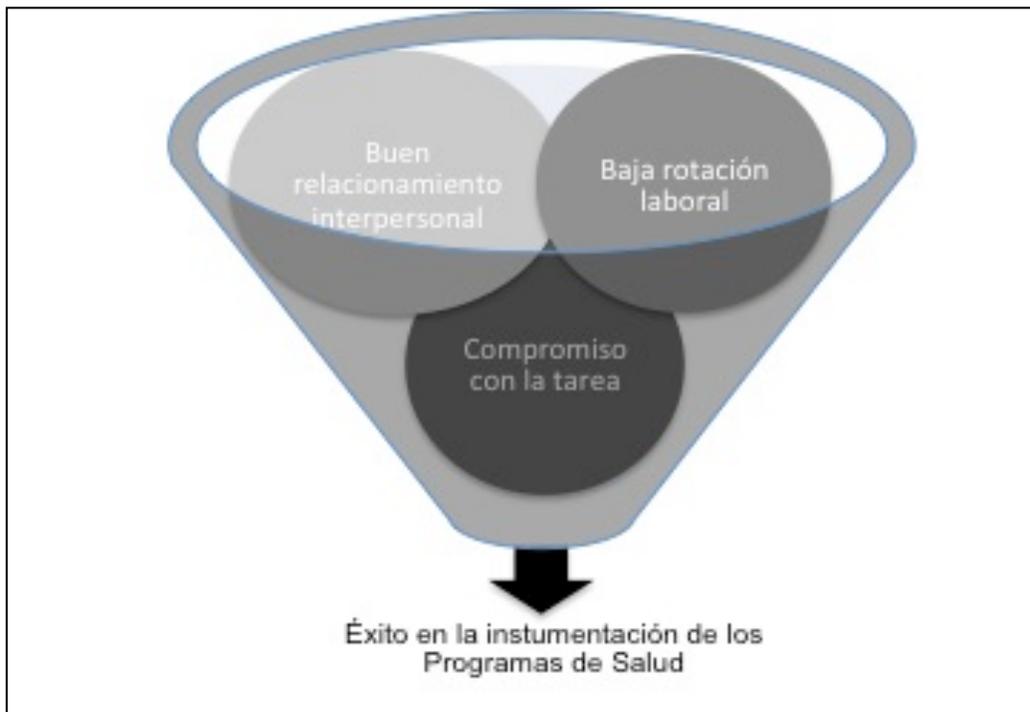
*(...) entonces, la idea es que, si es posible, en un mismo momento tenga (...) todo el pasaje por todas las especialidades (E10).*

*(...) el Espacio Adolescente (...) es un grupo que tiene mucha (...) pasión por lo que hace, y hay mucho de eso, que hace que las cosas funcionen. Si se capta una embarazada adolescente es muy difícil que no pase por tal profesional (...) en sí el espacio está formado desde hace mucho tiempo (...) el no cambiar de técnicos hace tanto tiempo, hace que la relación entre nosotros sea estrecha y que se tome el trabajo con más (...) con otra pasión. Más allá que, por ejemplo, no tenemos un lugar físico (...) (E5).*

*la fortaleza que tenemos nosotros, como equipo de salud, es que (...) se integro bastante y se hace el esfuerzo por mantenerlo (...) cuesta pero nos*

*sentimos parte del equipo y del espacio y eso está bueno (...) Tenemos sentido de identidad (E3).*

En la Figura 4.4.4. se presentan las variables identificadas por los operadores de salud, las cuales parecen incidir mayormente en la obtención de resultados positivos a partir de la implementación de los programas de salud que se ejecutan en el centro asistencial. Las mismas parecen responder más a características personales de los recursos humanos que a condiciones generadas por la misma dinámica organizacional.



*Figura 4.4.4. Variables del equipo de salud influyentes en la instrumentación de los programas de salud.*

Con respecto a la percepción que tienen los consultados sobre su trabajo como equipo de salud [PSEMT-OS], agregaron a lo citado anteriormente, que a pesar de los escasos espacios de reflexión y de instancias de reunión multidisciplinarias, continúan funcionando y apoyándose recíprocamente. En tal sentido, se señaló que cada uno está

focalizado en su tarea como especialista, sin que esto afecte la dinámica propuesta por el flujograma, ya que se conocen y saben que cuentan con el apoyo del otro en caso que sea necesario.

*(...) hoy está siendo muy difícil poder encontrarnos como equipo y poder tener instancias de reunión de equipo (...) bueno, es como que mucho el trabajo y está un poco el tema de la productividad (...) donde a veces estás un poco tironeado entre la productividad y la calidad (E4).*

*Seguimos trabajando como individualidades (...) pero al mismo tiempo sabemos que allá está fulano que me puede apoyar en determinada circunstancias (...) o sea, seguimos tratando de armar la cadenita (...) los eslabones de lo que es el Espacio Adolescente. Pero no hay propuesta de equipos (...) (E10).*

*(...) antes eran semanalmente (...) luego cuando hubo cambio de dirección, la dirección no lo vio con buenos ojos (...) porque pensaron que por una semana no iba a cambiar a la otra (...) luego se fue quincenalmente (...) y ahora casi siempre mensualmente. Es decir (...) el Espacio Adolescente, como espacio en sí, creció con mucha fuerza con una dirección anterior que había en este centro de salud. Luego, hubo un cambio de dirección (...) el nuevo director vino con otra forma de gestión, lo cual no es ni mejor ni peor (...) es diferente, pero él priorizó la atención propiamente dicha a las instancias de (...), como por ejemplo los Espacios Adolescentes que se daban del tipo multidisciplinario (E1).*

No obstante, algunos explicitaron la disconformidad en relación a esta modalidad de funcionamiento, resignándose a funcionar de esta manera aunque preferirían volver a la dinámica anterior.

*(...) el poder recuperar esos espacios, que son muy importantes, de compartir con un otro (...) Yo creo que muchas veces hay un equipo de trabajo pero no un trabajo en equipo (...) A la hora de trabajar con una adolescente, y una adolescente que por su edad, y está en una situación muy*

*particular como es el embarazo, creo que es necesario el abordaje de un trabajo en equipo (E4).*

*Si hemos hechos trabajos y talleres y demás, pero pienso que nos está faltando espacios de reflexión (E4).*

En relación a las usuarias [PSEMT-U] del servicio asistencial, sostuvieron por unanimidad, que viven en situaciones de significativa vulnerabilidad, siendo la resiliencia la única explicación que encuentran para comprender sus supervivencias. Si bien debido al comportamiento que presentan con frecuencia las perciben como adultas, la fragilidad la encontraron asociada a la situación en la cual están inmersas o a la edad cronológica. En tal sentido, la llegada de un hijo puede ser significado como un nuevo comienzo o una situación que complejiza aún más sus vidas.

*Hay adolescentes que están alucinados con su embarazo y (...) lo han deseado y han buscado su embarazo (...) que tienen todo un sostén a nivel familiar (...), y de pareja y recursos internos y fortalezas (...) divino. Y hay gurisas que vienen (...) y vos decís (...) chau!! (Expresión facial de lástima) con mucha soledad y cero sostén, y gurisas con bajo nivel (...) alguna discapacidad, y bueno (...) (E4).*

*Gurisas que de repente vemos tal cosa y hablamos de tal, y luego cuando vamos a su casa y vemos donde vive, no lo podemos creer!!. Esas cosas que uno se pregunta cómo hacen para poder sobrevivir y vivir en esas condiciones. Y eso, resiliencia pura (...) chiquilinas con piso de barro, sin aberturas en las casas, se les inundan, una humedad terrible y sin luz. Y bueno es eso lo que te supera (...) (E4).*

*(...) en algunos casos me doy cuenta de la vulnerabilidad que tienen, pero hay muchísimas adolescentes que ya se comportan como adultas (...) entonces es como atender a cualquier otra persona. Hay algunas que sí (...) que bueno uno ve la fragilidad y la problemática que están viviendo (...) bueno uno también tiene cortes y sesgos y te pones en madre también (...) todo depende de como se plantee la paciente y la situación en el momento.*

*Pero ya te digo (...) y más la población que vemos nosotros que viven la maternidad como (...) como un hecho natural (E10).*

*(...) es como que están en esa etapa de niñas pero grandes (...) yo tengo madres adolescentes de quince años y cuando quedaron embarazadas tenían catorce (...) entonces es difícil. Muchas se fueron de su casa, viven con su pareja, porque al estar embarazadas viven con su pareja (...) entonces es como que están o no están (...) creo que las dificultades en sí es con la adolescente en sí mismo (...) con la adolescencia (...) como que es una etapa complicada y si a eso le agregas un embarazo es como que tienen que estar muy contenidas (...) muy contenidas (E5).*

*(...) la adolescente (...) es (...) este (...), es más irresponsable (...) que la adulta (...) es más irresponsable (...) como que está (...) es como que no tiene conciencia como el adulto a que tal cosa le puede hacer mal o que tal otra le puede hacer bien (...) (E2).*

*(...) las adolescentes en sí traen características de alimentación bastante difícil de cambiar (...) y sumado a su embarazo (...) por un lado cuesta más por ser adolescentes, el alta consumo de golosinas, alfajores (...) la desorganización en la alimentación es muy común. Pero al mismo tiempo, cuando está el embarazo de por medio (...) a veces se convierte en un factor (...) o fuerza propulsora para el cambio. O sea de que ellas están más receptivas (...) y uno lo encara desde los beneficios para su bebé, de los beneficios que pueden influir en su embarazo (...) a veces son un poco más receptivas (E8).*

Por otra parte, la inestabilidad y la falta de apoyo familiar, como características constantes de las distintas historias de vida que tuvieron en el consultorio. Esto ha sido empleado por parte de los consultados, como un argumento a favor de la flexibilización de los procesos de atención destinados a esta población.

*(...) como que cambian muchas veces de hogar (...) se da mucho que cuando nace el bebé se mudan a la casa de los suegros, y luego resulta que*

vuelven a su casa (...) y luego vuelve a la casa de los suegros (...) como un tema de (...) nómades se da mucho (...) y esto dificulta mucho la asistencia y el seguimiento cuando se le va a hacer una visita y no se sabe dónde está (...) o cambian mucho de celular (...) entonces no se las puede ubicar (...) (E4).

Por lo general, en el primer año cumplen, y si no cumplen ellas, lo hace el equipo de salud (...) Hay como cierto control de eso (...) Y después los controles se van espaciando (...) pero la seguís viendo (...) lo que pasa es que están otros factores (...) como que (...) esta gente tampoco permanece en un lugar, entonces a veces, cambian de barrios, zona, pediatra (...) son muy inestables (...) la masa es muy inestables (E3).

Siento que en sí el apoyo familiar que ellas tienen es bastante escaso, entonces en realidad siento que ellas están muy solas. Entonces hasta ellas vienen como muy mal en sí, porque tal vez haya sido deseado el embarazo, y por lo general todas las adolescentes que yo tengo, los embarazos fueron buscados y deseados (...) como un proyecto de vida en sí, pero a veces cuesta llegar al adolescente (...) cuesta (...) cuesta que se levanten temprano y vengan a la consulta (...) como no tiene apoyo familiar y no tienen a alguien (...) se olvidan, no lo hacen (...) en sí es como (...) en sí necesitan mucho apoyo (...) mucho apoyo (...) (E5)

Cada vez que un Espacio Adolescente interviene en algún lado, al adolescente se lo pone en otro lado y no se lo trata como uno más (...) en el caso de la embarazada, no es una embarazada cualquiera. Se le da su especificación y también creo que se la contiene más y se la entiende más (...) desde un lugar con más conocimiento. Y en sí eso pasa, cuando existe el Espacio Adolescente, existe otro contacto (...) creo que en una policlínica de afuera, que no haya Espacio Adolescente, depende mucho del técnico (...) (E5).

(...) también creo que desde acá se tendría que flexibilizar un poco más y (...) tomar en cuenta a esta adolescente que está viniendo hoy, y por

*algo está viniendo hoy. Y si vino sola (...) por algo está viniendo hoy y sola (...) Entonces no se puede ir con las manos vacías (...) me parece que eso es básico (...) Entonces a veces se las sermonea porque llegan tarde (...) esa es otra. Pero llegan tarde porque se duermen (...) Yo entiendo que (...) pero también hay que entender y tener cierta cintura y flexibilidad (...) porque son adolescentes (...) (E4).*

Asimismo, algunos operadores de salud, hicieron alusión a la imposibilidad que perciben en las adolescentes madres de elaborar proyectos complementarios a su maternidad hasta el primer año de su hijo. No obstante, explicaron que en la consulta abordan estos aspectos de la vida, y en el caso que la usuaria lo desee, se realizan los intentos desde el centro de salud para conectarla a diferentes instituciones u organizaciones de la zona.

*Y como mucho en el foco puesto en su hija o hijo (...) eso siempre se nota. Especialmente cuando el bebé nació hace poquito (...) cero proyección (...) ellas proyectarse cero (...) está todo muy puesto en ese niño o niña (...) eso de volver a estudiar o trabajar no, no, cuando sea más grande (...) cuando cumpla el año (E4).*

*(...) hay que hacer otras cosas (...) hay que contenerla más, hay que darle más herramientas (...) y por suerte con lo que tiene que ver con el Espacio Adolescente, y este acompañamiento de las agentes socioeducativas, son las que la conectan con cursos de computación (...) hay una casa que van madres adolescentes que se llama Casa Lunas por acá cerca (...) y en realidad se trata de conectar para que tenga un sostén y para que no sea la única meta de su vida ser mamá (...) (E5).*

*(...) deseo de ayudarla realmente, dentro de lo que está a mi alcance (...) deseos de poder ayudarla (...) que pueda transcurrir el embarazo lo mejor posible (...) porque me parece que es una etapa de mucha vulnerabilidad y dentro de mis posibilidades ayudarla en lo que puedo.! (...) salen temas fuera de lo que es la nutrición, y poder transmitirle eso de los*

*proyectos de vida (...) que es lo que más me inquieta (...) lo del estudio (...)*  
(E8).

*En general son ávidas de aprender cosas y de sentirse capaces de poder criar a su hijo y prestan mucha atención (...) Y también otra cosa que me parece bueno, es que con el seguimiento que se hace desde las agentes socioeducativas, muchas retoman, en el caso de ser liceales, retoman la educación (E3).*

Una de las áreas indagadas en las entrevistas, fue acerca de los desafíos que ellos encontraban al momento de atender a las madres adolescentes. Al respecto, se identificaron coincidencias en sus perspectivas, decidiendo agrupar las mismas en dos categorías, las cuales se encuentran relacionadas entre sí e inciden en los procesos implicados en la instrumentación de los programas descriptos anteriormente.

Por un lado, se recogió información que hizo alusión a la institución [PSEMT-I], en términos de gestión y funcionamiento en general, y sus repercusiones en la atención sanitaria impartida en Jardines del Hipódromo. En tal sentido, se reiteró el escaso trabajo en equipo, se señaló el cambio de prioridades a partir de la nueva gestión de la Dirección, se aludió a la escasa participación comunitaria que están teniendo los operadores de salud, y se mencionaron otros datos que refirieron a las condiciones intrínsecas de un servicio de atención público. Parecería que, a pesar de las limitaciones identificadas, el Espacio Adolescente es considerado una especie de *burbuja* para el adolescente dentro del centro de salud.

*Otros desafíos a la interna de los equipos, me parece, sería mayor espacio de trabajo en equipo (...) que hoy me parece que es una de las cosas que está faltando (...) Yo creo que muchas veces hay un equipo de trabajo pero no un trabajo en equipo. Entonces el equipo de trabajo está, pero no siempre está el trabajo en equipo (E4).*

*Hubo también cambio de equipo de gestión, y obviamente también eso trajo aparejado cambios y bueno (...) estamos acomodando el cuerpo a esto (E4).*

*Pienso que el Espacio Adolescente, en la administración anterior (...) tenía otra fuerza que hoy no tiene. Porque los diferentes integrantes del Espacio han ido perdiendo esa (...) la palabra no es la vocación (...) pero sí esa fuerza que tenían para llevar adelante ese espacio porque siempre hay entre una y otra traba (...) más que nada burocrática, la cual a veces te impide desarrollar algo que bueno (...) lo venias desarrollando de una forma (...) Y como cuando cambia la dirección, cambia también las maneras de proceder (...) las diferentes formas de trabajar, bueno (...) cada día tenés más trabas (...) (E1).*

*Yo creo que en parte fue el cambio de Dirección por parte del centro (...) porque antes teníamos a la Doctora Da Luz, que bueno (...) ella inminentemente era una pediatra comunitaria y estaba siempre pendiente en todo lo que eran los aportes de la comunidad (...) Yo personalmente recuerdo haber ido, por lo menos cuatro veces, en distintos lugar y distintas instancias (...) Me parece que hoy en día, el interés máximo es poner al día (...) sé que todo eso estaba atrasado y ahora se hace mucho hincapié en lo que son las estadísticas (...) qué hacemos, qué no hacemos, cuánto se ve (...) eso ahora está muy regularizado y muy al día (...) ahora. Pero la parte de afuera, poca cosa se está haciendo (...) yo personalmente no hice más nada (...) (E10).*

*Un poco por la falta de articulación (...) yo, a mi no me ha tocado personalmente, pero sé que muchas veces, las compañeras socioeducativas han tenido problemas con las agendas (...) y con la derivación de estas usuarias (...) (E8).*

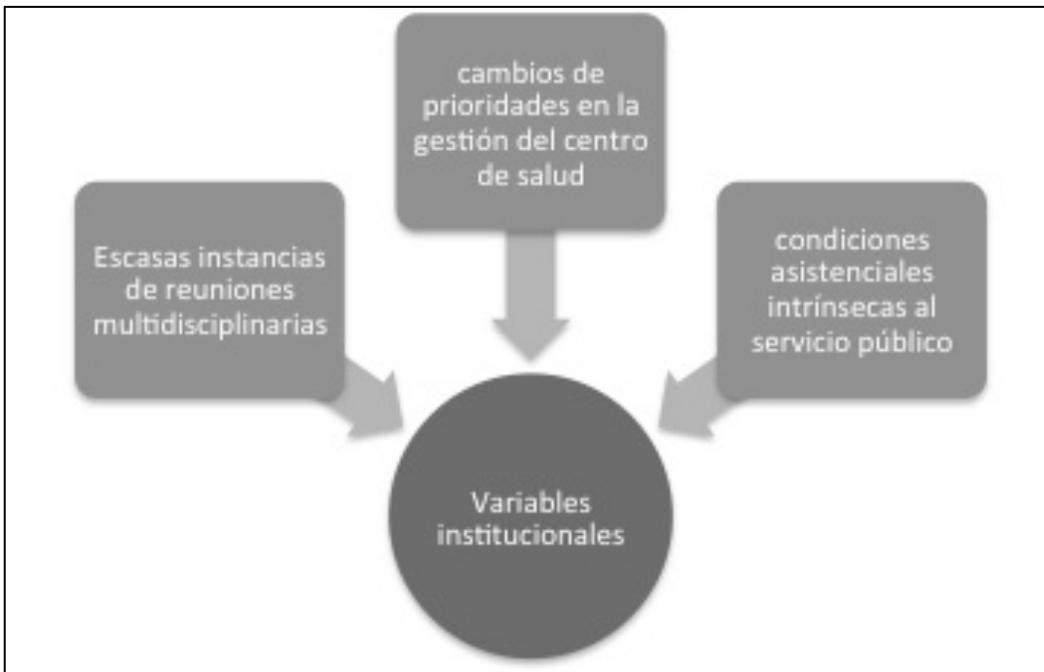
*(...) otro problema que siempre lo tuvimos y siempre lo planteamos, y que depende de cada centro, es el espacio físico. Si nosotros tuviéramos un espacio físico en donde estuviéramos mejor agrupados el equipo, y no teniendo que ir a las distintas áreas del centro de salud estaríamos mejor e incluso contando con un ambiente especial para el adolescente (E3).*

*(...) Entonces cuando sale del espacio, que está más contenida, es más complicado (...) muchas veces. Cuando sale de la gente empapada de adolescencia, es más difícil. Creo que ese es el tema (...) ahí es cuando sale de la contención (...) cuando aparecen las dificultades (E5).*

*(...) de las puertas que dice ginecología para adentro (...) no tienen drama, quizás un poco el problema esté en el afuera en conseguir fechas para los exámenes, ecografías (...) todo eso se les dificulta un poco. La que recién, recién viene está un poco perdida, porque no hay una buena dirección del usuario (...) hasta que no encajan dónde tienen que estar y qué tienen que hacer, a veces están un poco perdidas. Pero el tema de conseguir fechas (...) después se topan con los paros (...) todas esas cosas que a veces complican un poco (...) y luego la selva de afuera, cuando tienen que hacerse unos exámenes que acá no se realizan es un poco más complicado todavía (...)* (E10).

*(...) lo que tiene que ver con los trámites que ellas tienen que hacer son como muy engorrosos. Por ejemplo, para ellas hacerse un examen de sangre, y que forma parte de las rutinas del embarazo, deben levantarse a las cinco de la mañana para estar acá a las seis de la mañana, porque se saca sangre a las seis de la mañana. Y por lo general, muchas se acuestan tarde y se quedan mirando tele (...) y en sí pierden esa fecha, es muy engorroso (...) hay muchas dificultades en lo que tiene que ver con lo administrativo del sistema de salud (...)*(E5).

En la Figura 4.4.5. se enumeran los factores institucionales identificados por los consultados que inciden en los procesos asistenciales implicados en la implementación de los programas de salud descriptos anteriormente. Su injerencia en la atención ofrecida a las adolescentes en estado de gravidez o madres parece condicionar la calidad del servicio ofrecido por el sistema de salud en esta zona.



*Figura 4.4.5 Desafíos encontrados en la atención de adolescentes madres a nivel del centro de salud*

Por el otro lado, los consultados aludieron a diferentes aspectos vinculados a las falencias que el Estado [PSEMT-E] presenta al momento de abordar el embarazo y la maternidad en la adolescencia. Se señaló la existencia de un doble mensaje asociado a las estrategias instrumentadas para salvaguardar los derechos de las adolescentes que se encuentran en esta situación. En tal sentido, se afirmó que si bien se brindan una serie de prestaciones a la adolescente embarazada, cuando la misma tiene a su hijo, parecería que desaparecen los recursos y alternativas que facilitan la inclusión social de las adolescentes que son madres. En estos casos, describieron situaciones donde la buena voluntad de los adultos que rodean a la adolescente pasa a ser su principal sostén, quedando a la deriva aquellas que no cuentan con este respaldo.

*Yo lo que veo es que hay más foco puesto cuando está embarazada (...) que una vez que ya es mamá, tá! (...) me parece que sería otro desafío (...) esto de generar (...) haber, yo creo a ayudar a esta adolescente a generar otros proyectos de vida más allá de la maternidad (...) En el plano discursivo es esto de amparar a la madre adolescente, pero en el plano de los*

*hechos, cuando esa mamá tuvo a su hijo, bueno ahora arréglate porque no hay maternales (...) (E4).*

*(...) yo tengo adolescentes que iban al liceo con sus hijos, y ahí dependía de la buena voluntad de la adscripta o la directora para que se quedara con el bebé mientras que ella entraba a clase, entonces de ese lugar. Otro caso que era muy surrealista, teníamos una adolescente que los docentes hacían una colecta para darle una canasta de alimentos para que siguiera estudiando. Entonces desde ese lugar, quedaba sostenido en la buena voluntad del equipo docente o de quien sea (...) (E4).*

Otro aspecto relacionado, refirió a la edad de la adolescente para ser considerada sujeto de derecho de algunas prestaciones, como por ejemplo acceder a organizaciones que trabajan con madres adolescentes. Si bien la OMS determina que la adolescencia se extiende hasta los 19 años de edad, algunos servicios del tercer sector que tienen convenio con el Estado, deben ajustar sus prestaciones a los criterios establecidos por el órgano regulador (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay [INAU]). En otros casos, para jóvenes de 19 años o más el panorama de posibilidades se reduce aún más, ya que perciben únicamente las prestaciones que son asignadas a la población en general, como asignación familiar y la prenatal.

*(...) a veces hay recursos que sabes que hay pero no puedes acceder. Es decir, Casa Lunas trabaja con madres adolescentes pero hasta dieciocho años de edad y de repente, conocer adolescentes de un poco más que no estudian ni trabajan o viven solas y no hay espacios como para poder referir(E4).*

*Hasta los 19 años de edad (...) se considera adolescente hasta los 19 años de edad. Pasas los 19 años y no recibís nada (...) (se ríe)” (E5).*

Asimismo, las condiciones de vida de las adolescentes que se atienden en el centro de salud de Jardines del Hipódromo, exigen una atención integral desde el equipo asistencial e intersectorial en términos de red de apoyo comunitario. Si bien se evaluó que ha mejorado el servicio ofrecido por el sistema de salud, se visualizaron serias carencias en

las órbitas de acción de otros efectores estatales, como ser la educación, la seguridad social, la vivienda. La falta de recursos y respaldos institucionales, así como la poca descentralización de los servicios, repercute en el acompañamiento que se pretende realizar de las adolescentes madres desde el centro de salud.

*Es interesante que se estén haciendo cosas, pero me parece que de repente habría cosas que deberían de afinarse un poco más (E4).*

*Yo creo que muchos desafíos pasan por lo intersectorial, porque a veces es ahí que encontramos un poco de agujeros en lo que tiene que ver los recursos, y muchas veces te sentís trabajando un poco solo (...) (E4).*

*(...) como todo trámite es bastante engorroso (...) en sí. Sobre todo el comienzo (...) ellas lo tiene que tramitar en INDA central, que queda en Piedras y Maciel (...) la primera vez, que queda en Ciudad Vieja (...) estamos hablando que todas las adolescentes embarazadas, independientemente de dónde se encuentra, tiene que hacer el trámite ahí (...) luego sí, la segunda canasta la recibe en el comedor o el centro del barrio más cercano (E5).*

*Pienso que se están haciendo programas y (...) tal vez se tenga que descentralizar más estos programas a las policlínicas dependientes (...) que eso es un tema (...) Si bien se están empezando a descentralizar, bueno (...) yo ahora estoy yendo a Villa Farre, hay gente que no va a venir hasta acá y no viene, entonces bueno (...) si bien uno dice que está relativamente cerca, a veces \$10 que te sale un ómnibus local también te sale un litro de leche, entonces también (...) es eso. Siento que las cosas a veces están muy localizadas en (...) los centros de salud, y hay gente que no puede acceder a esos servicios y esos espacios (E4).*

Esto fue señalado especialmente por la agente socioeducativa, quien parece tener una posición de intermediario con el afuera del centro de salud para desempeñar parte de su tarea asistencial, y corroborado por el resto de los operadores de salud. En tal sentido, hizo referencia a las experiencias de vida de las adolescentes, donde la pobreza, la violencia

doméstica, las privaciones emocionales y materiales, definen un marco que exige un trabajo intersectorial afianzado y eficaz que no se está dando actualmente.

*a veces las situaciones en las que están estas gurisas son tan de riesgo (...) tan de riesgo (...) El macro te supera (...) Y como te decía, a veces uno siente la necesidad de tener un sostén como más a nivel grupal, porque a veces uno se siente como en la guerra con la cucharita de helado (...) (E4).*

Finalmente, plantearon que los cambios de gobierno traen consigo cambios de prioridades, afirmando desconocer cuál es el rumbo que el sistema de salud nacional quiere emprender actualmente. Explicaron que el auge que tuvo, en el periodo de gobierno anterior, el Programa Nacional de Salud Adolescente como otras propuestas, se perdió. Esto se ejemplificó aludiendo a la falta de referentes claros o directrices desde el ministerio.

*Cambian los periodos de gobierno y se acabo el tema (se ríe) hoy en día el gobierno actual (...) no sé en qué está haciendo hincapié (...) está un poco (...) se sigue trabajando, pero no es aquel auge que tuvo anteriormente. Por ejemplo, el Programa del Adulto Mayor, el Programa de los Espacios Adolescentes (...) como que todo paso (...) (E10).*

*Este año ha sido un año muy complicado (...) la falta de coordinación a nivel central fue (...) muchísimo (...) a nivel de la RAP. Sí, porque de ella depende coordinar capacitaciones, evaluar, el tener jornadas de intercambio (...) de cómo están los otros centros trabajando (...) eso es muy importante, y se perdió (E3).*

*(...) Cuando empezó el gobierno del Frente Amplio (...) funcionaba y no sé si sigue funcionando (...) había personas en la RAP trabajando en el cambio de modelo de atención. Creo que todo eso se diluyo (...) es más yo también me hacía cargo del programa de ETS SIDA, donde tenía referentes y autoridades a las cuales yo me refería y a su vez me demandaban resultados de lo que estábamos haciendo con el uso del test rápido, para el diagnóstico*

*de sífilis y VIH (...) yo eso lo sigo haciendo, pero nunca más me pidieron nada (...) creo que no están más (...)" (E10).*

*(...) por parte del Ministerio tampoco tenés una buena respuesta o demasiado apoyo, porque a su vez, cambian las políticas permanentemente (...) no las políticas del Espacio Adolescente, sino de quienes las aplican (...) entonces uno no tiene de dónde apoyarse (...) y todo va a depender de lo que vos hagás (...) porque en definitiva, la política de ASSE (...) no me refiero a las políticas en general sino a las de salud (...) hacen que (...) en salud pública (...) es mi impresión (...) te dan para que uno resuelva (...) es decir, resuelve vos (...) yo te doy los lineamientos y vos resolves (...) y bueno, al principio a uno le gusta (...) tenés libertades para hacer (...) pero bueno, luego esas libertades se te van fraccionando ya sea por falta de apoyo o porque va a depender de lo que tú hagás (...) porque dentro de tu horario tenés que hacer tus tareas y más ese extra que te indicaron (...) y como que la estimulación se va perdiendo (...) este (...) y quiero subrayar que en ningún momento lo estoy hablando de un punto de vista económico (...) no tiene nada que vez lo económico (...) sencillamente quiero aclarar que a veces que uno solo o un equipo solo no puede con tanta cuestión (...) y más que nada cuando las directivas no son claras (...) Son confusas (...) entonces uno hace lo que a uno le parece que está bien (E1).*

Además, se dijo que algunos de los programas que se ejecutan no están aterrizados a la realidad cotidiana donde ellos atienden. En tal sentido, expresaron que las propuestas de intervención deberían emerger desde el territorio e ir hacia las esferas de gestión. En relación a la temática, reiteraron su desacuerdo respecto a las directrices que el MSP adopta al momento de abordar la prevención del embarazo. Plantearon que las políticas deberían abordar los proyectos de vida de los adolescentes, que en contextos críticos, suelen ser escasos o reducirse a ser padres o madres.

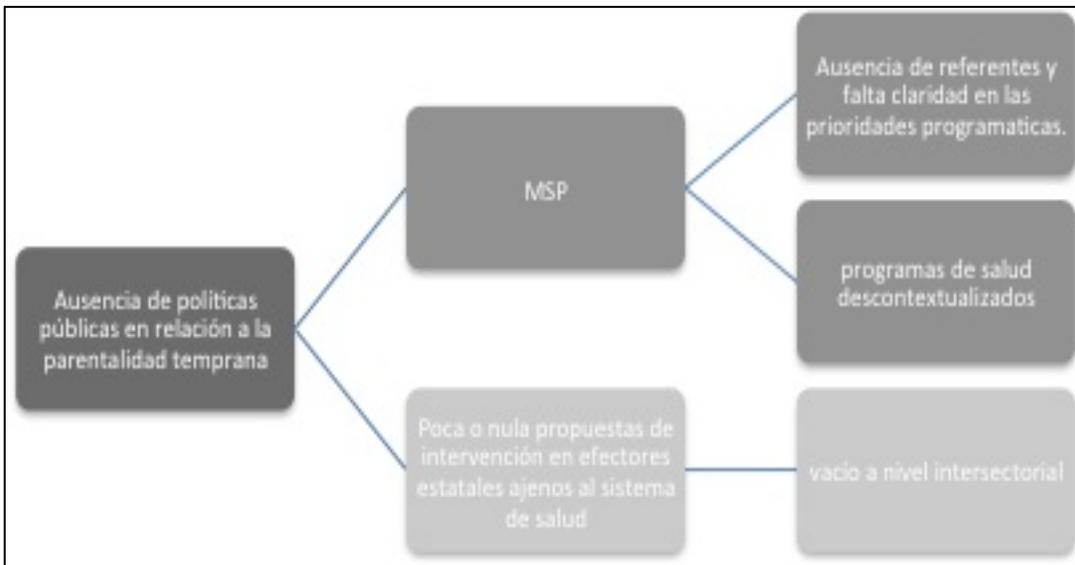
*(...) creo que muchas veces la gente que hace programas no está tan en la tierra. Entonces quien hace el programa lo hace desde una mirada (...) pero en realidad cuando estás acá dentro (...) en la tierra (...) para mí los*

*programas debería salir de acá para arriba y no de arriba hacia bajo. Es decir, debería salir más del territorio y no tanto de una perspectiva que viene desde arriba (...) pero por eso pasan las cosas que (...) por eso esos carteles fueron para mí como (...) no dejes los tacos por los chupetes<sup>38</sup> (...) y no sé cómo si hay que elegir entre una cosa y otra. Creo que en realidad no es desde ahí que se tiene que educar. Porque se basa desde la prevención, yo prevengo una ETS [Enfermedades de Transmisión Sexual], es decir prevención del embarazo adolescente (...) prevengo un embarazo adolescente? No sé es como que (...) creo que en realidad si hay que hacer políticas para fomentar proyectos de vida en los adolescentes, que en sí muchas veces son muy escasos (...) ser madre y ser madre y (...) y yo que sé (...) y todo el mundo trata cuando la mujer ya tuvo su hijo, tratan de colocarle un DIU [Dispositivo Intrauterino] para que no quede más embarazada. Y en realidad, en sí hay que hacer otras cosas (...) hay que contenerla más, hay que darle más herramientas (...) (E5).*

En la Figura 4.4.6. se sintetizan las diversas falencias encontradas por los consultados en el abordaje estatal que efectúa de la parentalidad temprana. En tal sentido, se destaca la ausencia de políticas públicas en relación al fenómeno como el factor que parece incidir en las características de las acciones emprendidas por los efectores estatales. La carencia mencionada podría ser el causante, en primer lugar, del casi exclusivo trato sanitario que suele tener este tema en la sociedad uruguaya. Y en segundo lugar, del nulo cuestionamiento en otras áreas gubernamentales, ajenas al ministerio de salud, respecto a su invisibilidad asistencial.

---

<sup>38</sup>Ver Anexo 7



*Figura 4.4.6. Desafíos encontrados en la atención de adolescentes madres a nivel estatal*

En resumen, se señaló que el abordaje desde la salud es integral y se ejecuta desde el Espacio Adolescente de los centros de salud. Asimismo, se cuestionó el enfoque adoptado por el MSP al momento de abordar las campañas de prevención, afirmando que se comunica el embarazo precoz en términos de negativo y culpabilizadores. No obstante, también fueron criticadas por la falta de información que brindan sobre los recursos que actualmente los usuarios pueden encontrar en los centros de salud para evitar un embarazo no deseado.

Respecto a los programas de salud identificados por los consultados, se describieron el Programa de Agente Socioeducativo, las Salas de Encuentro, el Programa de Salud Bucal y Nutrición. Además, se nombró SAEMPA, como una iniciativa reciente por parte del los agentes socioeducativos. Por otra parte, se afirmó que la adecuada instrumentación de los programas mencionados, dependía del conocimiento que tuviera el equipo de salud sobre los mismos, así como también, de la buena coordinación entre ellos durante la atención hacia los adolescentes. En tal sentido, el flujograma fue descrito como una herramienta gráfica empleada para favorecer el pasaje del usuario por las distintas especialidades de acuerdo a sus necesidades sanitarias.

En relación a las instancias de consultas, fueron descritas como espacios de contención y apoyo para que las adolescentes puedan vivir sus embarazos de la mejor manera posible. En las mismas, se les da a conocer sus derechos así como también se sugieren o alientan proyectos complementarios a la maternidad.

Por otro lado, los consultados describieron a sus usuarias como sujetos que viven en situaciones de significativa vulnerabilidad, adultas por algunos de sus comportamientos (vivir en pareja, tener hijos), y carentes de apoyo familiar y de estabilidad. Algunas de ellas fueron percibidas de acuerdo a su resiliencia al momento de enfrentar tanta adversidad.

En cuanto a los desafíos identificados en sus tareas de acompañamiento como agentes de salud, aludieron a aspectos asociados a la gestión institucional y otros a la órbita estatal. A nivel institucional, se destacó el escaso trabajo en equipo, el cambio de prioridades asistenciales, la escasa participación y trabajo comunitario, y otros relacionados a las condiciones intrínsecas de un servicio de atención público. Y a nivel estatal, se aludió a la ausencia de propuestas que faciliten la inclusión social de la adolescente madre, incongruencias en las prestaciones y recursos existentes, la escasa descentralización de los servicios, falta de recursos y respaldos institucionales que dificultan un trabajo intersectorial pertinente y necesario para estos casos, ausencia de canales formales para dirigir consultas a nivel ministerial, valoración de programas nacionales en términos de inadecuados a la realidad para la cual fueron creados inicialmente.

#### *4.3. Directrices que podrían facilitar el encuentro entre los operadores de salud y madres adolescentes desde la visión psicosocial que caracteriza el enfoque comunitario sobre salud.*

En el siguiente apartado, se presenta una síntesis de las sugerencias o recomendaciones que se derivaron de los aportes realizados por los informantes claves y los operadores de salud, relacionados con el tercer objetivo específico. Éstos serán considerados al momento de proponer las pautas o criterios facilitadores del encuentro entre el componente formal y el informal (Saforcada, 2008).

#### 4.3.1. Informantes claves

Según lo señalado en las entrevistas, el nuevo paradigma del servicio asistencial, ubica al profesional en una posición donde no está para juzgar ni valorar aquello que está mal o bien de la conducta del usuario. Su rol implica escuchar, orientar, aconsejar, informar sin inmiscuirse en la vida del otro. Si bien las personas pueden poseer opiniones diferentes frente a las nuevas directrices del marco asistencial, y por ende discrepar, actualmente, si quieren trabajar con la población adolescente deben ajustarse a la normativa vigente.

*(...) apuntan a un paradigma diferente en cuanto a que el profesional de la salud no dice todo lo que está bien o mal (...) y tiene que tener capacidad para escuchar (...) y no sermonear y decir lo que tiene que hacer (...) entonces es como poder orientar, educar, brindar información pero sin meterse a definir lo que está bien o está mal es un paradigma nuevo (...) (E9).*

*Hay gente que rápidamente ha comprendido la importancia de la confidencialidad y las leyes y normas que nos respaldan (...) que estamos muy respaldados para esto. En realidad yo diría que es una transgresión u omisión hacer las cosas de otra manera (...) Y acá hay que apelar que a pesar que las personas tienen un juicio moral distinto (...) que lo pueden tener (...) entiendan que lo que en este momento el país está definiendo como política y como práctica en esto es otra cosa (...) entonces esa persona no puede atender adolescentes (...) Puede ser un excelente profesional pero no para trabajar con adolescentes (...) esa es mi postura (...) que vaya a trabajar con adultos (...)” (E9).*

No obstante, en relación a esto, se afirmó que el sistema de salud se encuentra en un momento de transición donde las resistencias al cambio con frecuencia se encuentran en profesionales educados desde otro marco asistencial. Es por ello, que para lograr la instrumentación del nuevo paradigma asistencial, el órgano estatal se apoyó en los profesionales jóvenes y aquellos con experiencia que tienen un pensamiento abierto y

dispuesto al cambio. Sugirieron la conformación de los equipos asistenciales y sus espacios de reunión, como recursos que podrán servir para superar barreras existentes y continuar avanzando.

*(...) difícil de instalar en los profesionales por este furor curandis (...) que tiene la medicina o otras disciplinas de la salud (...) que para muchos ni se lo cuestionan (...) porque (...) está bien (...) todos tenemos prejuicios (...) fuimos educados de determinada manera (...) el tema es saber que los tenemos y poder discutirlos (...) poder problematizarlos (...) conversarlos en equipo y avanzar!. Porque si no, no se puede avanzar (E9).*

*Estamos en una etapa en la que son más los nuevos (...) por suerte (...) que se han formado bajo ese nuevo modelo y se van incorporando en las instituciones (...) se van sumando y vas viendo los cambios (...) y como los viejos van cediendo a esas resistencias (...) (E7)*

*(...) cómo podemos hacer desde el equipo de gestión para que esas diferencias se acorten (...) en la habilidad nuestra de asignar los recursos en función de su formación pero también en función de sus habilidades para adaptarse, su capacidad de escucha y de adaptación al nuevo modelo de trabajo (...) si bien nunca fue formado en la comunidad, pero trabaja en la comunidad (...) y vamos como negociando (...) y ahí está la habilidad de cómo formas los grupos de trabajo (...) (E7).*

Otro de los aspectos abordados por los entrevistados estuvo asociado al trabajo intersectorial. Al respecto se afirmó que recientemente se está intentando trabajar de manera coordinada y complementaria. Se señaló que para superar la barrera cultural que existe entre los profesionales y los usuarios para quienes se trabaja, es muy importante el afianzamiento del trabajo multidisciplinario y el abordaje intersectorial.

*(...) estamos hablando en canales tan distintos, nosotros los técnicos con los usuarios para los cuales trabajamos (...) que es para nosotros muy fácil de juzgar (...) nosotros los técnicos (...) y los etiquetamos y los ponemos en un estante rápidamente (...) pero si nosotros estuviéramos en el*

*mismo sistema (...) cómo sería nuestro comportamiento, ¿no sería igual? Probablemente si (...) Yo creo que desde el equipo de salud, el equipo de la educación (...) antes, el CAIF (...) tenemos que trabajar (...) y estamos inicialmente dando esos pasos (...) porque todos hemos reforzado los esfuerzos (...) Todos (...) pero no en forma coordinada y no basado en un principio de complementariedad (...)(E7).*

*(...) cuánto estamos haciendo juntos, más los sectores, para abordar un mismo tema con una misma perspectiva? yo creo que nos cuesta (...)(E7).*

*(...) después todos los vínculos con el afuera (...) las redes (...) eso también es una dificultad (...) Gran parte de los problemas de los chicos tiene que ver con otros determinantes (...) que no se resuelven adentro del consultorio (...) hay tenemos toda un área para trabajar con la educación (...) con (...) los padres (...) (E9).*

Por último, se hizo mención a diferentes aspectos que integran las actitudes esperables de un operador de salud. En tal sentido, se planteó la importancia de no asumir que el otro no tiene proyectos o que es igual a todos los que se atiende en la consulta. Además, reconocer en el sujeto sus capacidades, su posición frente a diferentes aspectos de la vida, su rol activo en la interacción dada en la consulta. Esto implicaría no relacionarse desde los estereotipos o prejuicios construidos culturalmente sobre el otro.

*(...) no puedo dar por sentado lo que el otro piensa, por lo que hace (...) su vida ha sido una vida difícil y de carencias y por lo tanto (...) tal y tal cosa (...) entonces si no lo pregunto no lo sé (...) entonces nosotros no podemos asumir o creemos que son vulnerables y que si crecieron así o asa (...) o si consumen (...) o si viven en el Borro o Maracaná son todos iguales (...) y yo tengo hacer lugar en la consulta para que se transmita que eso no es así y tengo que pensar que el otro también es un sujeto que (...) tiene capacidades que tiene su manera de pensar (...) y que tengo que problematizarlo y que no es un ente que tengo (...) en la atención (E9).*

*(...) yo creo que en salud tenemos que aprender mucho todavía, que no somos siempre nosotros los que tenemos cosas para decir (...) que el técnico no es el único que aporta al contenido de la interacción, sino que (...) tenemos que tener una mayor disponibilidad de escucha de la que se tiene hasta ahora. Es un rol menos prescriptivo y más interactivo (E6).*

*(...) Lo peor que hay es pensar que hacen lo mismo que yo pero también está mal pensar que hacen todo distinto que yo (...) yo digo una cosa que siempre la digo cuando puedo (...) Si los no pobres somos distintos, por qué creemos que los pobres son todos iguales (...) los pobres también son distintos (...) (E9).*

En suma, se afirmó que el sistema de salud se encuentra en un momento de transición. En tal sentido, el nuevo paradigma del servicio asistencial, ubica al profesional en una posición donde no está para juzgar ni valorar aquello que está mal o bien de la conducta del usuario, así como también, la importancia del trabajo comunitario como un elemento fundamental de su desarrollo. Asimismo, se mencionó la importancia del reconocimiento, por parte del operador de salud, de las capacidades y perspectivas del usuario para lograr promover su rol activo en la interacción dada en la consulta. Finalmente, se señaló que para superar la barrera cultural que existe entre los profesionales y los usuarios para quienes se trabaja, es muy importante el afianzamiento del trabajo multidisciplinario y el abordaje intersectorial.

#### 4.3.2. Operadores de Salud

Se destacó las posiciones personales que los técnicos pueden presentar frente a determinadas situaciones de vida. Al respecto se argumentó que los profesionales de la salud no dejan de ser personas con prejuicios frente a determinadas situaciones, siendo las instancias de equipo las oportunidades para reconocerlas y trabajarlas para que las mismas no incidan en sus tareas específicas.

*Hay que tratar de (...) los prejuicios y (...) los tenemos todos y todos tenemos una historia atrás (...) y tenemos un modelo de familia internalizado (...) y hay bueno que hay que trabajar con esto de qué me pasa a mí con lo que me está trayendo esta persona (...) y el poder trabajar esto, esto es mío y no lo voy a transferir sobre la persona que tengo delante (...) (E4).*

*Es complicado porque es una lógica distinta (...) es una lógica que uno tiene que respetar (...) me parece que desde los servicios de salud, nuestro rol tiene que ser orientador y abrir lo más posible el abanico y no ponerse en rol de dar sermones (...) no? Desde un punto de vista adultocéntrico, porque muchas de las que trabajamos con adolescentes (...) tienen hijos adolescentes y muchas veces se ponen desde ese lugar maternal o paternal del rezongo (...) y me parece que no está bueno (...) (E4).*

Por otro lado, reconocieron la importancia de entablar una relación cercana con las adolescentes, colaborando para que esa nueva etapa de sus vidas sea disfrutable. Sostuvieron que la relación entablada entre técnico-paciente, independientemente de la edad del mismo, incide en que el usuario vuelva a consultar o lo tome de referente. Si bien la relación de amabilidad siempre debería estar presente, en el caso de la atención a adolescentes puede resultar más complejo, ya que es importante demostrar esa amabilidad sin adoptar una actitud maternal o sobreprotectora.

*Hay algunas que sí (...) que bueno uno ve la fragilidad y la problemática que están viviendo (...) y bueno, siempre se trata de empatizar y ver qué pasa con aquel problema que tenía o bueno (...) cómo está llevando adelante la situación, pero bueno (...) uno también tiene cortes y sesgos y te pones en madre también (...) todo depende de como se plantee la paciente y la situación en el momento (E10).*

*(...) que es fundamental la relación y la cercanía con esa persona. Y muchas veces cuando vos tenés esa relación (...) sos como medio referente y muchas veces te vienen a buscar a vos (...) (E5).*

Finalmente, coincidieron en sostener acerca de la importancia de establecer vínculos con los adolescentes de empoderamiento, para que ellos sean conocedores de sus derechos y puedan elegir con libertad. La importancia de construir el vínculo con la adolescente en un ambiente que le transmita a la usuaria intimidad y confianza.

*En sí yo puedo decirte que conozco a las mamás que se atienden conmigo, embarazadas adolescentes. Con quién vive, cómo vive, (...) si están acompañadas si no (...) si tienen mamá, si no (...) En realidad eso se hace, además de hablar sobre hacete este estudio o te mando esta ecografía, también hablando de ella y de cómo se siente. Creo que es algo básico es el lenguaje, creo que eso acerca (...) por lo menos desde mi experiencia (E5).*

*Yo siempre trato de encauzar la vida como que (...) la vida de la adolescente no se acaba con la maternidad (...) que trate de buscar otros caminos (...) que trate de insertarse en la parte educativa, de buscar qué van hacer para poder trabajar (...) eso sí, el buscar el después del embarazo (...) (E10).*

*Trabaja con la maternidad y paternidad adolescente, pero no desde el lugar de la prevención (...) sino desde el lugar de la promoción de derechos, y de tratar de empoderar a estos y estas adolescentes en sus derechos para que ellos pueden elegir el momento (...) cuándo, cuántos (...) (E4).*

En resumen, afirmaron que los profesionales de la salud no dejan de ser personas con prejuicios frente a determinadas situaciones, siendo las instancias de equipo las oportunidades para reconocerlas y trabajarlas para que las mismas no incidan en sus tareas específicas. Por otra parte, señalaron la importancia de entablar una relación cercana con las adolescentes, colaborando para que esa nueva etapa de sus vidas sea disfrutable. Además, coincidieron en sostener acerca de la importancia de establecer vínculos de empoderamiento, para que ellos sean conocedores de sus derechos y puedan elegir con libertad.

## V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

---

Con respecto al análisis de los datos obtenidos, en el siguiente apartado se realiza la discusión de los mismos, con la intención de profundizar en su comprensión, y lograr de este modo, un acercamiento mayor a la perspectiva transmitida por los participantes del estudio.

El capítulo se organiza de acuerdo al modelo explicativo del Sistema Total de Salud [STS] definido por Saforcada (1999, 2008), siendo su componente intersubjetivo general el núcleo de análisis del presente trabajo. No obstante, a los efectos de alcanzar un mejor entendimiento del mismo, se decide comenzar la sección por los elementos periféricos del foco de estudio, los cuales muestran una relación de interdependencia con el resto de las partes constitutivas del sistema, y por ende, inciden en la dinámica asistencial que se establece con el usuario en el centro de salud. En tal sentido, para el análisis se ordena el siguiente apartado en tres niveles, los cuales progresivamente conducen a la construcción de una lectura integradora y sistémica del fenómeno de estudio.

En primer lugar, se incorpora aquella información pertinente al componente gubernamental proporcionada por los participantes, que permite enmarcar el quehacer profesional a nivel territorial. En segundo lugar, se hace referencia a la incidencia que el componente formal en su totalidad<sup>39</sup>, dentro del subsistema de atención sanitaria, ejerce sobre el componente intersubjetivo general. Y finalmente, se aborda el espacio de interacción de los operadores de salud que atienden específicamente a las adolescentes embarazadas o madres, y las variables encontradas que influyen en la posición social de este sector del componente formal en la red dinamizadora de la atención.

En relación al primer nivel de análisis, el embarazo precoz para el sistema de salud uruguayo, de acuerdo a los aportes proporcionados por los informantes claves, es conceptualizado en términos de problema y riesgo. Esto coincide con los parámetros definidos en el Programa Nacional de Salud Adolescente, en el cual se describe el

---

<sup>39</sup>Se incluye a los profesionales y técnicos de la salud que no trabajan dentro del Espacio Adolescente, pero por su rol asistencial, atienden demandas puntuales del usuario adolescente dentro del centro de salud.

embarazo como uno de los problemas identificados, que limitan al sujeto las oportunidades de vivir plenamente la adolescencia y compromete su desarrollo biopsicosocial (MSP, 2007).

Los motivos explicativos brindados por los consultados al respecto, son congruentes con la mirada histórica que ha tenido el fenómeno desde el momento que surgió en la escena política internacional y nacional (CEPAL, 2008; Guzmán et al., 2001; Escovar et al., 2007; Pereira, 2011a). En la Conferencia de Población y Desarrollo realizada mediados de los noventa, no sólo ubicó la salud reproductiva como un componente central de la salud general de los individuos sino también identificó a los adolescentes como los principales destinatarios de sus políticas por ser considerados un sector poblacional de riesgo (Guzmán et al., 2001).

Si bien los informantes claves reconocieron la supremacía del pensamiento médico al momento de su conceptualización, denunciaron también la ausencia de consenso al respecto. Según lo describieron, en la atención ofrecida a las adolescentes se estaba brindando mayor importancia a su contexto sociocultural, así como también, a diferentes aspectos de su vida personal y social al momento de valorar el riesgo que representaba su estado de gravidez. En tal sentido, parece ser que una vez que el embarazo se produce, la valoración que suele realizarse del mismo trasciende la situación en términos de problema. Esto ha sido ratificado por los operadores de salud consultados, quienes precisaron que la actitud descrita mayormente es compartida por los agentes de salud que han sido capacitados en el acompañamiento de la adolescente.

Sería interesante cuestionarse, entonces, si la situación ambigua que parece estar entretejiéndose entre la teoría y la praxis clínica, podría ser la antesala del resquebrajamiento de la perspectiva hegemónica sobre el fenómeno. Por un lado, la apertura que parece estar emergiendo desde la práctica asistencial puede estar asociada al cambio de modelo que el sistema de salud está transitando, el cual posiblemente esté generando cuestionamientos en diversos temas que competen a la salud, entre los cuales se ubica el embarazo en la adolescencia (MSP, 2007, 2009, 2010a). Por otro lado, se pueden identificar una serie de trabajos recientes desde la academia, los cuales priorizan los procesos sociales de construcción de la parentalidad adolescente; los mismos muestran una mirada diferente en torno al fenómeno social, que no contradice pero permite mejorar y

enriquecer la visión vigente (Duncan, 2007; Leiva, 2010; Peregalli et al., 2011; Pereira, 2011a, 2011b; Pérez et al., 2010; Reis Brandao, 2006; Varela, 2007).

Tal vez, la leve ruptura que posiblemente esté generado el modelo de atención integral desde un enfoque de derechos junto a los aportes proporcionados por la academia en relación a la temática, podrían llegar a ser promotores de un nuevo ciclo de políticas públicas y programas derivados para su abordaje.

No obstante, a pesar de las suposiciones planteadas, actualmente la situación se presenta en otros términos. La conceptualización vigente sobre el embarazo en la adolescencia define no sólo las diferentes acciones a nivel programático emprendidas desde el área de la salud, sino también, parece posicionar al adolescente como un sujeto que transita una etapa de riesgo y caos (MSP, 2007). Si bien la adolescencia es definida como un período de transición, de cambios, de pérdidas y adquisiciones, los cuales pueden ser vivenciados por el sujeto como momentos de confusión y desajuste (Aberastyry y Knobel, 2001; Freire de Garbarino y Maggi, 1990; Stassen, 2004), la atribución estatal sobre la misma podría comprometer la eficacia de las políticas de salud gestadas en este último tiempo (MSP, 2007, 2009, 2010a).

Se coincide con Gutiérrez et al. (2006 en Pereira, 2011b) cuando alude al peligro que representa la construcción de una mirada social sobre el adolescente como un ser problemático, una amenaza o un riesgo, especialmente en el contexto gubernamental. En el caso analizado, se piensa que el cuestionamiento de estas nociones sería uno de los primeros pasos que el sistema de salud debería emprender si pretende continuar por el sendero del enfoque de derechos. En primer lugar, porque aparentemente estaría contradiciendo los parámetros establecidos por el Programa Nacional de Salud Adolescente, el cual paradójicamente ubica al adolescente como un usuario legítimo del sistema asistencial (MSP, 2007). En segundo lugar, los criterios empleados para describir a la población adolescente, no deberían eclipsar las potencialidades y fortalezas del sujeto, ya que estarían comprometiendo las bases de un servicio asistencial que intenta responder a los parámetros establecidos en Alma-ata (1978, en Cantera, 2004) y a un modelo de relacionamiento basado en las fortalezas del sujeto (Rappaport, 1980, en Montero, 2010).

En otro orden, y continuando con las repercusiones de la perspectiva dominante sobre el fenómeno, según las opiniones recabadas, la misma ha incidido en los enfoques de intervención asumidos por el área de la salud, de los cuales se han derivado programas que han priorizado la promoción y la prevención del mismo. En tal sentido, se destacó el Programa Nacional de Salud Adolescente, a través de la operativización del Espacio Adolescente en los centros de salud. Los consultados lo definieron como la plataforma asistencial desde donde se priorizaba una óptica integral del adolescente como usuario legítimo del mismo, y se promovía su adherencia a través de la construcción de un servicio privado, confiable y asequible.

Según sus declaraciones, en primer lugar, desde este marco de acción se planificaban y ejecutaban los talleres educativos dirigidos a las diversas instituciones ubicadas en el radio de influencia del centro de salud y de sus policlínicas dependientes. Para ello, se gestó una alianza estratégica entre el MSP y el Consejo de Educación Primaria [CEP], cuya intencionalidad política parece estar vinculada a lograr inculcar conductas saludables en la vida de los niños, visualizando la permanencia en el sistema educativo formal como la herramienta clave para disminuir el riesgo de decisiones que los conduzcan a una emancipación temprana (Ciganda, 2008). De acuerdo a la bibliografía referida, si bien no se tiene la certeza acerca del carácter *preventivo* que suele atribuirse a la educación, es posible pensar que la permanencia en el sistema educativo, es un indicador de la existencia de proyectos de vida, diferente al asociado a la paternidad y maternidad temprana (Pantelides, 2004).

En segundo lugar, se instrumentaba el Programa de Agente Socioeducativo, el cual fue ampliamente reconocido y valorado por los participantes del estudio, destacando el rol asumido por el operador de salud que se desempeñaba como tal en el equipo de salud. Según lo señala el MIDES (2007), en los casos en donde la crianza de un hijo forma parte de la realidad de una adolescente, la tarea asistencial consiste en promover conductas saludables hacia su propio cuidado y el del niño, lograr prevenir el segundo embarazo no planificado en el primer año posterior al parto, así como también, en acompañar la elaboración de proyectos de vida complementarios a la maternidad.

Teniendo en cuenta lo planteado, parecería que la intención de las propuestas de salud concebidas desde la promoción y prevención en relación a la temática, sería colaborar con la elaboración de proyectos de vida distintos a la parentalidad temprana durante la transición hacia la adultez, especialmente para determinado sector de la población uruguaya con menor capital educativo. De acuerdo al MIDES (2009a), las decisiones que tomen los adolescentes en sus vidas incidirán en la posición social que jueguen en la sociedad como adultos. En tal sentido, el MSP parece haber asumido su responsabilidad al haber definido un programa nacional de salud cuyo eje asistencial paso a ser la atención integral del adolescente, y desde este marco, haber respaldado una plataforma inter-institucional al servicio de la promoción de salud de sus nuevas generaciones.

La posición adoptada por el sistema de salud uruguayo, entonces, parecería reflejar cierta coherencia con lo planteado por Stern (1997). El autor refiere que algunas de las razones que explican el embarazo precoz en términos de problema social, responden en alguna medida a las limitadas condiciones socioeconómicas que presentan los países en desarrollo para realizar mayores inversiones en áreas de la salud y la educación. Es por ello, en este marco de privaciones y condicionantes nacionales, que resulta estratégico para el MSP fortalecer las alianzas intersectoriales a fin de lograr una mejor cobertura antes que el problema se instale.

Por otra parte, y relacionado con este último aspecto implicado en el componente gubernamental, se identificó un reclamo unánime por parte de los informantes claves sobre el escaso abordaje intersectorial implicado en su tratamiento. Según lo explicado por los consultados, el bajo desarrollo de propuestas de intervención ajenas al área de la salud, se evidencia especialmente en las serias limitaciones que suelen encontrar los operadores de salud al momento de trabajar en el acompañamiento de las usuarias de los centro de salud. De acuerdo a lo expresado por los consultados, parecería que se cree erróneamente en los demás efectores estatales que la parentalidad temprana es un problema de la salud, y por ende es competencia de la misma resolverla. Los comentarios realizados por los participantes al respecto, coinciden con la posición de Pereira (2011b), quien afirma que la proporción desigual entre los esfuerzos y acciones destinadas a la prevención del embarazo

en la adolescencia y aquellos destinados a brindar soporte para quienes ya son padres, define un panorama inequitativo que vulnera los derechos de estos últimos.

Si bien la percepción explicitada fue coincidente con la compartida por los operadores de salud, así como también, confirmada por anteriores estudios locales sobre la temática (Peregalli et al., 2011; Pereira, 2011b; Pérez et al, 2010), al considerar los antecedentes sobre los enfoques dominantes, se puede encontrar una ponderada mirada biomédica sobre la misma, de la cual se derivan la mayor cantidad de acciones estatales de naturaleza preventiva (CEPAL, 2008; Guzmán et al., 2001; Escovar et al., 2007; Pereira, 2011a). No obstante, se considera que siendo el Estado el órgano competente para asignar responsabilidades institucionales con la finalidad de garantizar el lugar social del adolescente (CLAEH, 2009; MIDES, 2009a), la explicación encontrada no se considera una excusa que justifique la inacción de otros efectores ministeriales dentro el componente gubernamental sobre el fenómeno en cuestión.

Lo explicitado hasta el momento, da cuenta de la importancia de renunciar a una mirada sesgada sobre el adolescente, si se pretende asumir un enfoque de derechos en las políticas públicas y sus respectivos desarrollos programáticos. Los adolescentes que se encuentran en esta situación no perdieron sus derechos como tales, por ser madres o padres, con lo cual, la ausencia de redes sociales para que las adolescentes tengan asegurado su derecho a la educación y los apoyos necesarios, para que puedan ejercer el derecho a la crianza de sus hijos con dignidad, interpela necesariamente a las políticas y programas que actualmente se están instrumentando en el países en relación a esta temática (Peregalli et al., 2011; Pérez et al, 2010).

Con respecto al segundo nivel de análisis, la información aportada por los operadores de salud consultados, colaboró con la comprensión de la dinámica asistencial dirigida a adolescentes embarazadas y madres dentro del centro de salud Jardines del Hipódromo.

Según expresaron en las entrevistas, la creación del Espacio Adolescente, y con ello la conformación de un equipo multidisciplinario capacitado para atender a la población adolescente, habilitaba el desarrollo de un abordaje integral desde la salud. De acuerdo a

sus comentarios, la perspectiva adoptada planteaba la existencia de una relación sistémica entre las diferentes dimensiones de la persona, es decir, entre su ser físico, psicológico, social y cultural, y promovía una concepción de bienestar que permitía trascender la dicotomía salud-enfermedad. En tal sentido, se podría sugerir que el modelo asistencial actual muestra indicios que lo aproximan a un enfoque sociocultural de la salud (Castellano et al., 2010; Serrano y Bravo, 1998).

Se decide clasificar la perspectiva de salud vigente en términos de aproximación, debido a la serie de limitaciones que el equipo de salud describió para su instrumentación. Si bien existió un amplio consenso a nivel discursivo sobre la relevancia de haber asumido la misma, se identificaron una serie de condiciones que aparentemente restringían las posibilidades de cambio en el *habitus asistencial* (Romero, 2003 en Castellano et al., 2010).

Entre los factores destacados por los profesionales de la salud, y reconocidos por los informantes claves, fueron las carencias de recursos humanos y materiales, los cuales complejizaban los procesos asistenciales destinados al usuario en general, pero adquirirían una transcendencia mayor cuando se trataba de asegurar la calidad del servicio dirigido a adolescentes en estado de gravidez. En relación a esto, los participantes agregaron, que las limitaciones mencionadas suelen generar una presión adicional en el quehacer profesional, ya que sienten el compromiso y la responsabilidad de garantizar un servicio digno sobreponiéndose a las mismas.

Si bien el Programa Nacional de Salud Adolescente define ciertas directrices para asegurar una atención digna a la usuaria (MSP, 2007), parece ser que las condiciones asistenciales intrínsecas del servicio público uruguayo, en algunos momentos, parecen boicotear su instrumentación. Esto genera, como consecuencia, que el éxito en la instrumentación de los programas de salud implicados parece depender más de factores personales del equipo asistencial (compromiso con la tarea, buen relacionamiento interpersonal, baja rotación laboral) que de variables estructurales del sistema de salud. Esto parece ser un aspecto vulnerable del sistema sanitario, que no sólo no brinda garantías institucionales en el servicio ofrecido, sino que tampoco parece estar contemplando, a través de políticas organizacionales, el cuidado de sus funcionarios.

Otro de los factores identificados por los operadores de salud, se asociaron con las móviles exigencias de ASSE respecto a la instrumentación de nuevos programas y requisitos administrativos, los cuales solían reflejarse en cambios en las prioridades asistenciales del centro de salud. Esto ha generado durante el año transcurrido, por ejemplo, dificultades para mantener los espacios de trabajos multidisciplinarios, así como también, la asidua participación e integración del centro de salud a nivel comunitario. Si bien en el Programa Nacional de Salud Adolescente ambos aspectos están contemplados y fundamentada su relevancia (MSP, 2007), según las declaraciones efectuadas, se evidencia una posible brecha entre la intencionalidad política definida a nivel programático y el contexto concreto de aplicabilidad en el servicio de salud.

Al respecto, se percibió en algunos integrantes del equipo asistencial ciertas reservas respecto a las condiciones en las cuales se implementaban los espacios de intercambio multidisciplinarios. En primer lugar, se aludió a la ausencia de competencias por parte de los profesionales de la salud para trabajar en diálogo con otras disciplinas, atribuyendo la misma a las carencias propias de una formación universitaria basada en un modelo biomédico. En segundo lugar, las instancias solían convertirse en momentos de intercambio de nuevas ideas o propuestas que posteriormente, por ausencia de apoyo administrativo o por las vicisitudes originadas en el componente gubernamental, no lograban materializarse acrecentando la desmotivación y la sensación de falta de respaldo institucional. No obstante, para otros participantes del estudio, las instancias de encuentros multidisciplinarios constituían las plataformas indiscutibles de la gestión, alegando que su insuficiente frecuencia agudizaban las dificultades asistenciales, especialmente en un contexto intra-institucional e inter-institucional condicionado por las carencias antes mencionadas.

Por último, se describieron las condiciones asistenciales que imperaban en el centro de salud al margen de las particularidades del Espacio Adolescente, y sus repercusiones en el trato con las adolescentes embarazadas. Las situaciones reveladas parecen reflejar un escenario vincular producto de la tecnocratización de la asistencia, que de acuerdo al perfil psicosocial de las usuarias, adquieren una trascendencia preocupante (De Lellis, 2006). La información obtenida al respecto fue coincidente con lo expuesto por Garibotto et al. (2008)

en su estudio sobre las características percibidas por las usuarias adolescentes respecto a sus experiencias relacionales en los centros de salud. En tal estudio, las consultadas expresaron que las mismas se daban de manera unilateral y poco agradable.

Se coincide con Saforcada (2008), quien sostiene la importancia de tener presente que el usuario del servicio de salud interactúa con el total de la institución, que en el caso de la nueva disposición en el sistema uruguayo, implicaría no solo el subcomponente cuasiformal sino que también el componente formal no especializado en la atención de adolescentes. Desde el punto de vista de la autora, las fallas en las distintas áreas del servicio ofrecido vulneran las posibilidades de asegurar una atención de calidad y amigable, así como también, comprometen el vínculo con las adolescentes y sus adultos referentes más allá de la consulta específica (MSP, 2009). Por lo tanto, se considera que si se pretende favorecer la adherencia de las usuarias al sistema asistencial, se debería contemplar instancias formativas también a los operadores de salud que por su rol o por las condiciones de su centro de salud no trabajan en el Espacio Adolescente.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, se cree que los aportes realizados por los consultados permitieron ejemplificar la red dinamizadora del servicio asistencial. Se considera que los aspectos mencionados, reflejan la interdependencia de los distintos escenarios sociales implicados en su funcionamiento general, quedando en evidencia la importancia de considerar la totalidad del sistema de salud al momento de elaborar un programa de aplicación nacional (Saforcada, 1999, 2008). De lo contrario, se podría comprometer los resultados esperados del mismo, al generar colateralmente en los agentes ejecutores la pérdida progresiva de interés y de confianza en las instituciones promotoras, y en los destinatarios de la propuesta un posible efecto opuesto al deseable.

Finalmente, en relación al tercer nivel de análisis, se aborda el componente intersubjetivo general del STS, a través del cual se pretende identificar la barrera psicosociocultural que incide en la comunicación entre el componente formal y el componente informal (Saforcada, 1999, 2008). De acuerdo a la información brindada por los participantes, se sugieren directrices que pueden facilitar el encuentro entre los operadores de salud y las adolescentes embarazadas o madres, alcanzando de esta manera el tercer objetivo del presente trabajo.

Según señala Saforcada (1999), el componente formal se encuentra influido por una serie de subcomponentes que determinan su posición social dentro de la red dinamizadora de la atención sanitaria. En tal sentido, se reconoce como uno de los factores involucrados, el subcomponente de los saberes en salud. Al respecto, se considera importante referir a las conceptualizaciones sobre el embarazo precoz que fueron comentadas por los operadores de salud que trabajaban con esta población, y sus efectos en las prácticas en salud mantenidas por ellos.

En un amplio consenso, lo definieron como la concreción del proyecto de vida de la mayoría de las adolescentes que concurrían al centro de salud. De acuerdo a sus perspectivas, el estado de gravidez les otorgaba una identidad y una posición social valorada y reconocida por su entorno inmediato, así como también, solía aproximarlas a las expectativas de género dominantes en el contexto sociocultural de pertenencia.

Los aspectos mencionados por los operadores de salud son coincidentes con los resultados obtenidos en un anterior estudio realizado por la autora, el cual logró un mayor entendimiento y profundidad respecto a la maternidad temprana a través de las voces de sus protagonistas (Pérez et al., 2010). Asimismo, en la literatura especializada sobre la temática, se reconoce la educación, los contextos culturales en donde se conforma la ideología de género y los consecuentes estereotipos de lo “femenino” y “masculino”, los proyectos de vida, el estrato social de pertenencia, la imagen y el ejercicio de la sexualidad transmitidas por la familia y por la sociedad, los cambios en la composición y organización interna de la familia, entre otros, como los múltiples factores que parecen intervenir en su manifestación determinando su complejidad como fenómeno social (Amy, 2007; Amorín et al., 2006; Aramburú y Arias, 2006; Binstock y Pantelides, 2006; Ciganda, 2008; Climent, 2009; Coll, 2001; Duncan, 2007; Escovar et al., 2007; Lammers, 2000; Leiva, 2010; Pantelides, 2004; Reis Brandao, 2006; Varela, 2008, 1999).

No obstante, algunos explicitaron que a pesar de las condicionantes culturales implicadas, las cuales debían respetarse y considerarse al momento de trabajar con esta población, visualizaban el embarazo en esa etapa de la vida como una situación de riesgo e inconveniente. Se reconoció las limitaciones encontradas en un ser en desarrollo, como es el adolescente, para hacerse cargo de manera óptima de la crianza de un niño, así como

también, se señaló la desventaja adicional que agrega un embarazo a una situación social que, previamente, era difícil y reducida en oportunidades. Esta mirada sobre el fenómeno refleja mayor afinidad con aquellas posturas teóricas focalizadas en los aspectos patógenos que este evento traslada a la vida de una adolescente (Antonucci y Mikus, 1988 en Leiva, 2010; Coll, 2001; Kaztman y Filgueira, 2001; Pérez et al., 2008). Desde este enfoque, la maternidad es valorada como una experiencia de gran impacto psicológico, biológico, social y cultural a cualquier edad, y adquiere expresiones particularmente más complejas cuando este proceso se da en paralelo a las crisis propias de la adolescencia. Por ello, se entiende que la conjugación de ambos procesos, trae consigo la pérdida o la demora en alcanzar ciertos logros característicos de esta etapa evolutiva.

La diversidad de factores involucrados en una situación de embarazo en la adolescencia, explicaría la importancia atribuida por los participantes de adoptar un enfoque ecológico-sistémico al momento de entender y acercarse a la usuaria que consulta por tal motivo. Los distintos escenarios que rodean al individuo no sólo presentan una relación de interdependencia sino que también son fuente generadora de subjetividad social (Saforcada, 2008). La situación descrita, más allá de parecer común a un sector socioeconómico, es también el resultado o la expresión de patrones culturales transmitidos de generación en generación. En este sentido, los modelos de rol, las creencias y valores, las pautas de conducta que las familias en situación de pobreza tienden a transmitirles a sus hijos, conforman una plataforma que permea el proceso de construcción de sus identidades adultas, incidiendo en sus elecciones a nivel sexual, moral, educativo, laboral, político, entre otras (Aberastury y Knobel, 2004; Stassen, 2004).

De acuerdo a lo expresado por los operadores de salud, este contexto sociocultural tiende a invadir la consulta e incidir en las prácticas y acciones específicas del encuentro asistencial. Por ello, su preocupación por construir un espacio de contención y apoyo para que las adolescentes pudiesen vivir sus embarazos y posteriormente su maternidad de la mejor manera posible. Si bien a nivel programático, a través de las normativas y guías del MSP (2007, 2009) se describen una serie de nuevos lineamientos que definen el actual abordaje y acompañamiento de las usuarias en estado de gravidez o madres, el compromiso

que se percibió en el equipo de salud que atendía a esta población, da cuenta de la comprensión y entendimiento humano que ennoblece su tarea.

Considerando lo expuesto por los consultados, parecería que el embarazo y la maternidad de sus usuarias también lo entendían como resultado de decisiones deliberadas, y no únicamente en términos de situación no deseada. Interiorizándose, desde su rol como agentes de salud, por la historia de vida de la adolescente, por su familia y pareja, por sus sueños y proyectos, para también intentar acompañar y alentar aquellos proyectos que fuesen complementarios a su maternidad. En relación a este último aspecto, se describió la importancia de establecer previamente un vínculo de confianza e intimidad que permitiera tal sugerencia sin que se percibiera por la usuaria como una intromisión a su vida personal. En tal sentido, se podría afirmar que el trabajo asistencial emprendido por este equipo de salud es congruente con los fundamentos del paradigma positivo de la salud (Martín y López, 2006). Desde este marco conceptual, se podría significar la llegada de un hijo en la adolescencia no como un factor bloqueador de posibilidades sino como una oportunidad para emprender nuevos proyectos o retomar algunos olvidados (Duncan, 2007; Pérez et al., 2010).

Según lo señalaban, no les correspondía posicionarse en un lugar de jueces sobre las decisiones tomadas por las usuarias del servicio asistencial, por el contrario, sus roles implicaban ser agentes facilitadores de un proceso de acompañamiento lo más holístico posible. Es decir, por un lado, tender redes a la interna del centro de salud intentando garantizar un servicio integral, apoyándose en los recursos que proporcione el Espacio Adolescente y demás áreas asistenciales, y por el otro lado, generar nexos inter-institucionales que permitiesen facilitar la inclusión social de las adolescentes una vez que tuviesen a sus hijos. Si bien ambos aspectos han sido abordados en los anteriores niveles de análisis, se considera que la restricción de los espacios de intercambio multidisciplinario puede ser contraproducente, especialmente en un contexto de acción donde tampoco parece existir soportes sociales fuera de la órbita de la salud, lo cual limita significativamente las posibilidades de garantizar dicho abordaje integral.

En el subcomponente de referentes válidos en salud, se ubico las coincidencias y discrepancias encontradas en las posiciones recogidas de los informantes claves y los operadores de salud consultados respecto a la temática elegida.

En primer lugar, se identificaron discrepancias en relación al enfoque y el contenido de la información comunicada por el MSP al momento de abordar las estrategias de promoción de salud sexual y reproductiva. Por un lado, algunos operadores de salud denunciaron la visión reduccionista sobre la parentalidad temprana que rige a nivel ministerial, calificando las estrategias instrumentadas como inadecuadas a la realidad para la cual fueron creadas. Sostuvieron que la perspectiva de riesgo y sus acciones preventivas derivadas, adoptaban un enfoque negativo y culpabilizador a través de un consistente mensaje respecto a los inconvenientes y la no deseabilidad social atribuida a la misma. Y por el otro lado, los cuestionamientos se encauzaron hacia considerar la información proporcionada a la población en términos de escasa y no explícita. En tal sentido, se sostuvo que las campañas oficiales de promoción de salud sexual reproductiva no comunicaban acerca de los recursos que los usuarios en general podrían encontrar en los centros de salud para evitar un embarazo no deseado.

La posición descrita por los consultados, coincide con algunas conclusiones arribadas por otros estudios nacionales sobre la temática, donde se explicita el necesario cambio de perspectiva por parte del ministerio al momento de abordar este fenómeno social (Peregalli et al., 2011; Pereira, 2011a, 2011b, Pérez et al., 2010). Se considera que el enfoque dominante asumido por el Estado, especialmente por su representante sanitario, de alguna manera vulnera los derechos de quienes viven su embarazo como una pieza fundamental de su proyecto de pareja y personal. Y en los casos en donde la situación de gravidez no se enmarca dentro de estas circunstancias vitales, se convierte en un promotor de prejuicios y acusaciones sociales por su estado, los cuales generan un aumento de la vulnerabilidad emocional y social de la adolescente (Pérez et al., 2010).

Si bien en el primer nivel del análisis emprendido se mencionó el posible resquebrajamiento que el nuevo modelo asistencial podría estar generando, se piensa que aún queda un largo camino por transitar si se pretende revertir esta mirada sobre el fenómeno. Desde el punto de vista de la autora, los cambios iniciados a partir de la

instrumentación del modelo de atención integral, así como también, los aportes de investigaciones recientes que priorizan la visión de las adolescentes frente a este evento de la vida mayor, podrían habilitar la construcción de nuevos espacios de reflexión sobre el fenómeno. No obstante, a pesar de que los mismos se puedan realizar, dependerá de la intencionalidad política de los órganos competentes que integran el Estado de Bienestar, de emplear tales fuentes informativas para definir políticas públicas y programas derivados más acordes para garantizar los derechos de quienes se encuentran en esta situación.

En segundo lugar, a pesar de las discrepancias anteriormente mencionadas, los operadores de salud realizaron una valoración positiva de los espacios que desde la salud se han habilitado a favor de la atención integral de la adolescente en estado de gravidez. En esta línea de acción, se reconoció unánimemente el Programa de Agentes Socioeducativos, y con ello la tarea desempeñada por los operadores de salud que trabajaban en este rol dentro de los equipos asistenciales.

Según la información proporcionada por los informantes claves y algunos operadores de salud, los agentes socioeducativos han sido promotores del desarrollo de propuestas de atención exclusiva para adolescentes en estado de gravidez, con la intención de otorgarle mayor visibilidad dentro de los centros de salud. Al respecto se han encontrado algunas opiniones encontradas, reflejando nuevamente la ambigüedad y complejidad que representa la temática a la interna del sistema de salud uruguayo.

Según los autores consultados, el desarrollo psicosocial que se produce en la adolescencia, puede definirse en términos de búsqueda del self, en donde el objetivo nodal es lograr responder a la pregunta ¿quién soy? (Freire de Garbarino, 1990; Aberastury y Knobel, 2001; Stassen, 2004). Durante este proceso de búsqueda personal, cuya finalidad es el logro de la identidad, los adolescentes tienden a experimentar diversas percepciones de quiénes son, en función de los diferentes contextos o grupos de pertenencia, en función de quiénes les gustaría llegar a ser y quiénes temen llegar a ser (Markus et al., 1990, en Stassen, 2004). En tal sentido, para los adolescentes el vínculo con pares es una prioridad altamente significativa, incluso superior a otros objetivos, como puede ser alcanzar logros académicos.

Sabiendo que la maternidad es una experiencia de gran impacto psicológico, biológico, social y cultural a cualquier edad, esta adquiere expresiones particularmente más complejas cuando este proceso se da en paralelo a las crisis propias de la adolescencia. Se podría pensar que la necesidad de agruparse con quienes comparten valores e intereses, además de experiencias similares, no es radicalmente distinta a aquella que suele observarse en los comportamientos de los adolescentes que no son padres.

De cualquier manera, por el momento no habría a nivel estatal una posición oficial que formalice la creación de espacios de atención exclusiva para adolescentes en estado de gravidez, y las discrepancias encontradas en relación a su instrumentación parecen reflejar las inquietudes de los actores políticos y sociales que actualmente se ocupaban de responder a las necesidades que ellos percibían en las usuarias del servicio público.

Continuando con los temas abordados en este subcomponente, se encontró un amplio acuerdo entre los informantes claves y el equipo de salud del centro Jardines del Hipódromo, al calificar como negativo y preocupante la ausencia de propuestas que facilitaran la inclusión social de la madre adolescente. Desde la perspectiva de los participantes, esto generaba la significativa falta de recursos y respaldos institucionales que dificultaban el trabajo intersectorial pertinente y necesario para estos casos.

Esto resulta de relevancia si se tiene en cuenta que una de las consecuencias asociadas a tales situaciones, se vincula con la dificultad que suele tener la adolescente de compatibilizar la crianza con otras actividades propias de la adolescencia, lo cual en muchos casos conduce a la exclusión social progresiva (Amorín et al, 2006; CEPAL, 2008; Kaztman y Filgueira, 2001; Lammers, 2000). Asimismo, en anteriores estudios nacionales sobre maternidad temprana, en relación a este aspecto, se concluyó acerca de la ausencia de visión sistémica al momento de acercarse a los adolescentes que son padres, lo cual comprometía la eficacia de los servicios que pretendían responder a sus necesidades (Peregalli et al., 2011; Pérez et al., 2010). Por lo tanto, las carencias encontradas a nivel intersectorial no sólo complejizan la instrumentación de un abordaje integral, sino que también, limitan las posibilidades de aquellos adolescentes que siendo padres desean construir un proyecto complementario al mismo.

La información obtenida en el estudio, brinda evidencia concreta sobre aspectos que deberían considerarse al momento de instrumentar estrategias en torno a la maternidad temprana a nivel intersectorial. Más allá que mejorar el mismo, representa uno de los grandes desafíos que el sistema de protección social tiene actualmente (CLAEH, 2009), las falencias identificadas vulneran los mecanismos que deberían garantizar el desarrollo individual y la integración social de ciudadanos de un país democrático.

En cuanto al subcomponente de formación y capacitación, el cual implica la instrumentación de espacios de actualización profesional, los operadores de salud lo valoraron como inciertos debido a las condiciones actuales presentes en la RAP de ASSE.

Los operadores de salud, señalaron que los cambios generados en el componente gubernamental, como de autoridades referentes o prioridades programáticas, incidieron en el rumbo del sistema de salud nacional, lo cual afectaron el trabajo cotidiano en el centro de salud. En relación a esto, se aludió a la ausencia por el momento de un coordinador central desde la RAP, responsable de la planificación y organización de las instancias de capacitación y actualización de los operadores de salud que trabajaban en este nivel de atención.

Desde el punto de vista de la autora, esta falta puede ser calificada como perjudicial, especialmente en un momento de transición de modelo asistencial. En primer lugar, porque gran parte de los profesionales que trabajan en los centros de salud y policlínicas dependientes se han formado bajo otro paradigma de atención sanitaria. Y en segundo lugar, la ausencia de encuentros que faciliten el intercambio disciplinar, no colabora para disminuir las posibles resistencias existentes ante el mismo. Asimismo, estas condicionantes institucionales tampoco podrían remediarse con espacios de trabajos multidisciplinarios a la interna del centro de salud, ya que por el momento su operativa se encuentra restringida por la demanda y nuevas prioridades desde la gestión.

Las limitaciones encontradas en este subcomponente, colaboró para comprender la importancia atribuida por los diferentes consultados sobre el relacionamiento interpersonal del equipo, y la valoración positiva que realizaban respecto a saber que cuentan con el apoyo del mismo aunque no funcionaban como tal.

En relación al subcomponente de las estructuras psicosocioculturales, en sus declaraciones reconocieron que sus aproximaciones a la temática se han matizado a partir del trabajo diario con las adolescentes. La experiencia adquirida les ha permitido percibir como natural un fenómeno que, en sus propios contextos socioculturales, hubiese sido calificado en términos de catastrófico o problema indeseable.

El estigma social que carga la maternidad temprana, según aportes de Kaztman y Filgueira (2001) y Stern (1997), se debe a que es percibido como una amenaza social, por ser asociado a los sectores carencias de la población, y auspiciar como reproductor de la pobreza. De ahí los calificativos habitualmente asociados a la fecundidad temprana, al considerarla producto de la ignorancia e irresponsabilidad, sin reconocer la posibilidad de que se pueda tratar de una opción deliberada por parte de las adolescentes.

Se considera que el encuentro entre posiciones culturales aparentemente opuestas en relación al significado atribuido a la maternidad temprana, resulta revelador al momento de valorar las posibilidades de construir un vínculo que posibilita y habilita un acompañamiento que trascienda su estado como problema en el campo de la salud.

En la literatura referida se cita una serie de informes y artículos respecto a las características sociodemográficas de la población adolescente y juvenil a nivel nacional (Ciganda, 2008; Filgueira, 1996; Filgueira, Kaztman y Rodríguez, 2005; MIDES, 2009a; Varela, 2008). En tal sentido, se describe la tendencia diferencial entre los jóvenes uruguayos, donde se observa indicadores claros respecto a una emancipación más temprana en quienes presentan menor nivel educativo. En estos casos, la transición a la adultez está marcada por la formación de su propia familia con hijos, siendo el embarazo el medio por el cual el adolescente suele adquirir estatus y reafirmar su ingreso hacía el mundo adulto. Algunas de las significaciones atribuidas a tal experiencia fueron comentadas al inicio de este nivel de análisis, definiendo el mismo como la concreción del proyecto de vida de la mayoría de las adolescentes que concurrían al centro de salud.

Si bien los consultados expresaron su respeto hacía las decisiones que las adolescentes han tomado en relación a estos aspectos vitales, de acuerdo a sus declaraciones, la mayoría de los participantes entendía que el embarazo y por ende la

maternidad, integraban la constelación de comportamientos no esperables para este ciclo vital. Algunos autores, como Coll (2001) y Pérez et. al. (2008), en sus trabajos sobre la temática, ponen el acento en los roles y responsabilidades que son esperables de asumir en cada etapa evolutiva. Y desde esta lógica, sostienen que independientemente del significado que adquiriera culturalmente la adolescencia o la variedad de criterios asociados a su inicio y finalización, la maternidad y paternidad son roles propios de la vida adulta.

Asimismo, de acuerdo a las declaraciones efectuadas por los operadores de salud, las condiciones de desventaja social que vivían las usuarias del centro de salud, estimulaban en ellos una actitud paternalista desde la cual no podían mantener distancia o no involucrarse en aspectos personales de las adolescentes que consultaban. Esto se ejemplifica a través de sus preocupaciones por las limitadas expectativas que con frecuencia encontraban en las usuarias, o, por las dificultades que hallaban en las condiciones asistenciales que no aseguraban un servicio digno a las usuarias en estado de gravidez.

Teniendo en cuenta lo planteado, se piensa que el primer contraste cultural que se produce en el espacio asistencial, se relaciona con la valoración de los roles y responsabilidades esperables en esta etapa del ciclo vital (Amorín et al, 2006). En tal sentido, se genera el encuentro entre el estereotipo social de cada operador de salud sobre el “ser y estar” de un adolescente y el perfil real que suele presentar la usuaria del centro de salud. Resolver esta posible disociación, conforma un desafío revelador para poder corregir y superar las trabas que complejizan el intercambio entre ambas partes.

En primer lugar, según lo sugerido por los consultados, se planteo la importancia de no relacionarse desde los estereotipos o prejuicios construidos culturalmente, asumiendo que el otro se comporta, piensa y siente de la misma manera que el resto de las personas que pertenecen a la misma clase social. Esto implicaría reconocer la naturaleza activa y protagónica del usuario en su proceso de atención, adoptando por parte del profesional de la salud una actitud de escucha y guía al servicio de la integración de saberes (Martín y López, 2006; Saforcada, 2008; Serrano-García y Bravo, 1998).

Este aspecto ha sido reconocido por los informantes claves, como aquel que representa mayores dificultades para el sistema de salud, debido a las resistencias que con frecuencia perciben en algunos profesionales al momento de cambiar el *habitus asistencial* (Romero, 2003 en Castellano et al., 2010). No obstante, a pesar de las mismas, se cree que la preeminencia atribuida por los operadores de salud al establecimiento de una relación de confianza e intimidad con el usuario, podría generar las condiciones óptimas para la construcción de un espacio atencional en los términos descritos anteriormente.

En segundo lugar, tanto los informantes claves como los operadores de salud, aludieron a la relevancia de adoptar un enfoque basado en las fortalezas del sujeto, independiente de la edad del usuario. Desde esta mirada, surgió la importancia de empoderar a las adolescentes, para que sean conocedoras de sus derechos y pudieran ampliar sus posibilidades para controlar sus vidas. Por ello, motivar e incentivar proyectos complementarios a la maternidad, como estudiar o trabajar, parece ocupar una proporción importante del tiempo destinado a la consulta. Esta intencionalidad, adquiere un particular significado cuando se trata adolescentes que viven en condiciones de alta vulnerabilidad, siendo la maternidad un factor que suele sumar una desventaja adicional a una situación que, previamente, era difícil y reducida en oportunidades (Duncan 2007; Pereira, 2011b).

Según señala De Lellis (2006), uno de los principales obstáculos para la facilitación del empowerment, es la percepción por parte del sujeto de la autolimitación, fundada en la creencia del no control sobre los acontecimientos y la imposibilidad de introducir cambios en dicha situación. Se cree que, en el contexto del abordaje del embarazo y la maternidad temprana, para poder minimizar los efectos generados por los obstáculos mencionados, es fundamental ejecutar una intervención asistencial contemplando simultáneamente dos dimensiones.

Por un lado, fortalecer la red de apoyo de la adolescente, mediante la inclusión de la pareja y la familia en la consulta, representa una ventaja transcendental si se pretende colaborar con la factibilidad de proyectos que sean complementarios a la maternidad. De acuerdo a lo comentado por los entrevistados, este aspecto en la medida que lo consiente la adolescente, se trabaja insistentemente para favorecer no solamente su adherencia al

sistema asistencial, sino también, para que su familia también sea un sostén para la joven madre.

Por el otro lado, apelar a la plataforma institucional, construida por parte del Estado, que permita asegurar la equidad contrarrestando las desigualdades de origen entre los adolescentes. Lamentablemente, los operadores de salud declararon encontrar serias limitaciones territoriales en cuanto a recursos e infraestructura, para que los adolescentes de la zona pudieran estudiar o permanecer en un centro educativo. Estas condiciones, en algunos casos, les hicieron dudar acerca de la solvencia de la maternidad como proyecto de vida elegido por parte de las adolescentes, cuando las escasas oportunidades sumadas a la precariedad de las mismas, estarían restringiendo los posibles caminos que tienen para emprender.

En relación a esto último, en la literatura especializada sobre la temática, se sostiene que con frecuencia las adolescentes que llevan a término su embarazo, perciben una estructura limitada de oportunidades en su vida futura, y desde ese marco, ni los costos de la maternidad temprana ni los beneficios de postergarla, parecen tan importantes (Amorín et al., 2006; Furstenberg, 1998 en Pantelides, 2004; Pérez et al., 2010). En tal sentido, la observación realizada por los profesionales de salud parece ser coincidente con lo expuesto, sembrando la duda respecto a si el embarazo en la adolescente bloquea los caminos de su desarrollo o si los mismos ya estaban cercados con anterioridad.

Por ende, las carencias denunciadas a nivel intersectorial por parte de los participantes del estudio, y sus repercusiones en el acompañamiento dirigido a las adolescentes que se encontraban en esta situación, interpela necesariamente a la totalidad del componente gubernamental si pretende asegurar el desarrollo y la expansión de las potencialidades biopsicosocioculturales de las personas y sus entornos, siendo la salud un asunto estatal y no competencia exclusiva de un ministerio.

En tercer lugar, y relacionado con lo expuesto hasta el momento, el afianzamiento de las instancias multidisciplinarias fue identificado también como una necesidad imprescindible para superar la barrera cultural que solía existir entre los profesionales de la salud y los usuarios para quienes se trabajaba. Al respecto se destacaron los espacios de

equipo de trabajo como oportunidades para reconocer las creencias y valores que les son propios al sujeto, para que los mismos no incidieran en sus tareas específicas. Asimismo, se sostuvo que podrían facilitar la comprensión y entendimiento de las distintas historias de vida que a la consulta les llegaba durante la jornada laboral, mejorando posiblemente el encare de sus intervenciones.

Por otra parte, y vinculado con los obstáculos identificados por De Lellis (2006), se piensa que los encuentros entre colegas, especialmente entre aquellos que trabajan con personas que viven en condiciones tan complejas como las presentadas en este trabajo, podrían auspiciar de protectores saludables de los profesionales de la salud. La contención y apoyo entre pares, en este caso, fortalecería las destrezas intra-grupales y con ello, minimizaría el efecto negativo generado por las carencias y debilidades existentes en el STS.

Finalmente, se considera fundamental continuar trabajando bajo los lineamientos definidos por un enfoque positivo de la salud (Cantera, 2004; Martín y López, 2006), donde la comunidad adquiere la categoría de facilitador y promotor del bienestar biopsicosocial de la persona. Según la información recogida, se entiende que se han dado pasos fundamentales en este sentido por el equipo de salud del centro de Jardines del Hipódromo, los cuales han sido abordados en los anteriores niveles de análisis. Si bien la experiencia adquirida los posiciona como un referente válido para otros servicios asistenciales, la serie de situaciones que se describieron en torno a la dinámica asistencial dirigida a adolescentes embarazadas y madres, podría comprometer la estabilidad y solidez alcanzada por el centro de salud.

Así pues, se da por concluida la discusión de los datos obtenidos, con el anhelo de haber entregado las respuestas a los objetivos que desde el inicio guiaron el estudio.

El enfoque de investigación permitió, a través de las narraciones de los participantes, describir sus experiencias de acuerdo a su óptica, en su lenguaje y con sus expresiones. Se considera que los aportes brindados por los consultados en esta oportunidad, colaboraron con la comprensión de un fenómeno de gran relevancia social, y contribuyó con la elaboración de sugerencias para el trabajo de acompañamiento salubrista de adolescentes en

estado de gravidez o madres. Se considera que la triangulación que se logró con los datos que se obtuvieron, a través de las diversas fuentes de información y la participación de diferentes agentes de salud dentro del proceso, permitió alcanzar en la indagación cualitativa una mayor riqueza y profundidad (Hernández et al., 2006). Estos aspectos permitieron mantener los estándares de calidad y rigor del estudio.

No obstante, se reconoció la existencia de una serie de limitaciones, cuya presencia condiciona la profundidad con la cual se abordaron las temáticas seleccionadas en torno a la atención sanitaria dirigida a adolescentes en estado de gravidez o quienes son madres. Por un lado, se empleó una parte del modelo conceptual elaborado por Saforcada (1999, 2008) respecto al STS, lo cual determinó la mirada analítica sobre el fenómeno de estudio. Por otro lado, la técnica de análisis empleada permitió un análisis de la superficie de la información, no contemplando los contenidos ocultos o no manifiestos del mensaje (Andrer-Egg, 1995). Asimismo, debido a las características de la metodología empleada en el análisis de las entrevistas, se debió considerar en la interpretación de los datos el efecto de una posible deseabilidad social en las respuestas brindadas por los participantes. Por último, las condiciones en las cuales fue desarrollado el trabajo de campo, condiciona el orden de las entrevistas y el tiempo disponible de los entrevistados, lográndose realizar las mismas con un nivel básico de conformidad.

Por otra parte, se considera que la investigación realizada, podría llegar a ser un antecedente que promueva la realización de futuros estudios o proyectos en relación a la temática elegida. Esto se debe a que se dispone de datos que no se han utilizado o porque han surgido en el camino nuevas interrogantes para responder.

Se podría realizar el análisis del componente subjetivo general considerando también el componente informal, integrado la perspectiva de las usuarias del sistema. Asimismo, se podría conocer en profundidad el trabajo que realizan los agentes de salud en el marco del Programa de Agente Socioeducativo, e indagar acerca de la valoración que realizan los adolescentes de tal servicio. Y finalmente, sería interesante caracterizar las barreras que complejizan el trabajo intersectorial, desde la perspectiva de los diferentes actores sociales implicados en el trabajo con madres adolescentes.

En resumen, la investigación logró un mayor entendimiento y profundidad respecto a la perspectiva de los operadores de salud sobre la atención sanitaria que reciben las adolescentes embarazadas y aquellas que son madres. Entre los hallazgos más relevantes se destacan los siguientes aspectos.

El embarazo precoz para el sistema de salud uruguayo es conceptualizado en términos de problema y riesgo. La mirada dominante sobre el fenómeno incide en los enfoques de intervención asumidos por el área de la salud, de los cuales se desprenden programas que priorizan la promoción y la prevención del mismo. No obstante, a pesar de haberse reconocido la supremacía del pensamiento médico al momento de su conceptualización, se denunció también la ausencia de consenso al respecto. Esta situación ambigua, podría ser entendida como el inicio del resquebrajamiento de este modelo explicativo sobre el fenómeno.

Por otra parte, los consultados destacaron la importancia de adoptar un enfoque ecológico-sistémico al momento de entender y acercarse a la usuaria que consulta por tal motivo. Según lo señalado por ellos, no les corresponde posicionarse en un lugar de jueces sobre las decisiones tomadas por las usuarias del servicio asistencial, asumiendo el desafío de ser agentes facilitadores de un proceso de acompañamiento lo más holístico posible.

Con respecto a los programas de salud instrumentados, se realizó una valoración positiva de los espacios que desde la salud se han habilitado a favor de la atención integral de la adolescente en estado de gravidez. En esta línea de acción, se reconoció unánimemente el Programa de Agentes Socioeducativos, y con ello la tarea desempeñada por los operadores de salud que trabajaban en este rol dentro de los equipos asistenciales. Sin embargo, se reconoció ampliamente el bajo desarrollo de propuestas de intervención ajenas al área de la salud, lo cual generaba serias limitaciones a los operadores de salud al momento de trabajar en el acompañamiento de las usuarias de los centro de salud. De acuerdo a lo expresado por los consultados, parecería que se cree erróneamente que la parentalidad temprana es un problema de la salud, y por ende es competencia de la misma resolverla.

Las carencias denunciadas a nivel intersectorial por parte de los participantes del estudio, y sus repercusiones en el acompañamiento dirigido a las adolescentes que se encontraban en esta situación, interpela necesariamente a la totalidad del componente gubernamental si pretende asegurar el desarrollo y la expansión de las potencialidades biopsicosocioculturales de las personas y sus entornos, siendo la salud un asunto estatal y no competencia exclusiva de un ministerio.

En consistencia con la visión psicosocial que caracteriza el enfoque comunitario sobre la salud, se logró identificar una serie de recomendaciones que podrían facilitar el encuentro entre los operadores de salud y las adolescentes en estado de gravidez o madres. Las mismas fueron definidas teniendo en cuenta las sugerencias derivadas de los aportes realizados por los participantes de estudio.

En primer lugar, se destacó la importancia de no relacionarse desde los estereotipos o prejuicios contruidos culturalmente, asumiendo que el otro se comporta, piensa y siente de la misma manera que el resto de las personas que pertenecen a la misma clase social. En tal sentido, el profesional de la salud debería reconocer la naturaleza activa y protagónica del usuario en su proceso de atención, adoptando en consecuencia una actitud de escucha y guía al servicio de la integración de saberes (Martín y López, 2006; Saforcada, 2008; Serrano-García y Bravo, 1998). En relación a esto, se aludió a la relevancia de adoptar un enfoque basado en las fortalezas del sujeto, independiente de la edad del usuario. Desde esta mirada, se sugirió la importancia de empoderar a las adolescentes, para que sean conocedoras de sus derechos y puedan ampliar sus posibilidades para controlar sus vidas. Esto implicaría, por un lado, fortalecer la red de apoyo de la adolescente, mediante la inclusión de la pareja y la familia en la consulta, lo cual representa una ventaja trascendental si se pretende colaborar con la factibilidad de proyectos que sean complementarios a la maternidad. Y por el otro, apelar a la plataforma institucional, construida por parte del Estado, destinada a asegurar la equidad entre los adolescentes contrarrestando sus desigualdades de origen. En tercer lugar, y relacionado con lo expuesto hasta el momento, se mencionó la importancia del afianzamiento de las instancias multidisciplinarias. Al respecto se destacaron los espacios de trabajo en equipo como oportunidades para reconocer las creencias y valores que les son propios al sujeto, para que

estos no incidieran en sus tareas específicas. Asimismo, se sostuvo que podrían facilitar la comprensión y entendimiento de las distintas historias de vida que a la consulta les llegaba durante la jornada laboral, mejorando posiblemente el encare de sus intervenciones. Por otra parte, y vinculado con los obstáculos identificados por De Lellis (2006), se piensa que los encuentros entre colegas, especialmente entre aquellos que trabajan con personas que viven en condiciones tan complejas como las presentadas en este trabajo, podrían auspiciar de protectores saludables de los profesionales de la salud. La contención y apoyo entre pares, en este caso, fortalecería las destrezas intra-grupales y con ello, minimizaría el efecto negativo generado por las carencias y debilidades existentes en el STS. Finalmente, se considera fundamental continuar trabajando bajo los lineamientos definidos por un enfoque positivo de la salud (Cantera, 2004; Martín y López, 2006), donde la comunidad adquiere la categoría de facilitador y promotor del bienestar biopsicosocial de la persona. Según la información recogida, se entiende que se han dado pasos substanciales en este sentido por el equipo de salud del centro de Jardines del Hipódromo. No obstante, la serie de situaciones que se describieron en torno a la dinámica asistencial dirigida a adolescentes embarazadas y madres, podría comprometer la estabilidad y solidez alcanzada por el centro de salud.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, se cree que los aportes proporcionados por los consultados, permitieron ejemplificar la dinámica subyacente del servicio asistencial concebido desde el modelo de análisis sistémico propuesto por Saforcada (1999, 2008). Los aspectos mencionados, reflejaron la interdependencia de los distintos escenarios sociales implicados en su funcionamiento general, quedando en evidencia la importancia de considerar la totalidad del sistema de salud al momento de elaborar un programa de aplicación nacional.

Se piensa que los cambios iniciados a partir de la instrumentación del modelo de atención integral junto a los aportes que continúan surgiendo de las investigaciones, así como también, la participación de quienes hacen posible la instrumentación de los diferentes programas estatales, podrían habilitar la construcción de nuevos y constantes espacios de reflexión sobre la parentalidad temprana. En tal sentido, este trabajo pretendió sostener una mirada constructiva y reflexiva sobre la propuesta asistencial emprendida

desde el área de la salud pública. Se intentó contribuir de este modo, a la diversidad de fuentes informativas que pretenden colaborar con la construcción de políticas públicas y programas derivados más acordes para garantizar los derechos de quienes se encuentran en esta situación.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Aberastury, A. y Knobel, M. (2001). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico* (25ª reimpresión). Buenos Aires: Paidós.
- Administración Nacional de Educación Pública [ANEP] (2010). *Uruguay en PISA 2009. Primeros resultados en Ciencias, Matemáticas y Lectura del Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes. Informe Ejecutivo*. Descargado el 8 de Febrero de 2011 de, <http://anep.edu.uy/anepdata/0000019081.pdf>
- Ander – Egg (1995) *Técnicas de Investigación Social* (24ª edición). (p. 327-336) Buenos Aires: Lumen
- Amorín, D., Carril, E., Varela, C. (2006). Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medio de Montevideo. En A. López Gómez (Coord.) *Proyecto Género y Generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya*, (p. 125-246). Uruguay: Trilce.
- Amy, J. (2007). Pregnancy Turing adolescents: A major social problem. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12 (4), 299-302. Descargado el 3 de Marzo de 2011 de, <http://informahealthcare.com>
- Andréu, J. (2008) *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Descargado el 8 de noviembre de 2011 de, <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Aramburú, C. y Arias, R. (2006, Setiembre). *Dimensiones culturales del embarazo en la adolescencia*. Comunicación presentada al II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población: Desafíos, oportunidades, y prioridades, Guadalajara, México.
- Ávila y Tancredi (2006) *Diagnóstico de Situación de Salud de la zona de influencia de Jardines del Hipódromo*. Descargado el 30 de agosto del 2011 de, <http://www.medfamco.fmed.edu.uy>

- Binstock, G. y Pantelides, E. (2006). La fecundidad Adolescente Hoy: Diagnóstico Sociodemográfico. *Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL/UNFPA. Descargado el 3 de Marzo de 2011 de, <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/5/27255/Binstock.pdf>
- Cantera, L. (2004) Psicología comunitaria de la Salud. En G. Musitu, J. Herrero, L. Cantera, M. Montenegro, *Introducción a la psicología comunitaria*, (73 - 97). Barcelona: Editorial UOC
- Castellano, G., Heinzen, J., Nión, S. (2010). Creencias Populares en torno a la salud materna y el modelo asistencial predominante. *Revista de Salud Pública*, 14 (2), 32-46. Montevideo, Uruguay.
- Castellano, G., Heinzen, J., Nión, S. (2011, julio). *Cambios en el modelo asistencial uruguayo y creencias en torno a la salud materna*. Comunicación presentada al I Congreso de Sociología, Montevideo, Uruguay.
- Centro Latinoamericano de Economía Humana [CLAEH] - Unidad de Investigación en Políticas Sociales [UNIPS] (2009) *Familias y Políticas Sociales en el MERCOSUR y Chile*. Brasil: Fundação Konrad Adenauer
- Ciganda (2008) Jóvenes en transición hacia la vida adulta: el orden de los factores ¿no altera el resultado? En C. Varela (coord.) *Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI.*, (p. 69 - 82), Programa de Población Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], Montevideo: Trilce.
- Climent, G. (2009). Entre la represión y los Derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron. *Revista la Ventana*, 29, 236-275. Descargado el 4 de Marzo de 2011 de, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=8841188401>

- Coll, A. (2001). Embarazo en la adolescencia ¿cuál es el problema?. En S. Burak (Coord.), *Adolescencia y juventud en América Latina*, (p. 425 - 445). Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (1995). *Panorama Social en América Latina*. Descargado el 18 de enero de 2011 de, <http://www.eclac.cl/>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2002). *Panorama Social en América Latina*. Descargado el 18 de enero de 2011 de, <http://www.eclac.cl/>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2006). *Panorama Social en América Latina*. Descargado el 18 de enero de 2011 de, <http://www.eclac.cl/>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2008). *Juventud y Cohesión Social en Iberoamérica. Un modelo para armar*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Descargado el 8 de Febrero de 2011 de, [http://www.oij.org/.../Juventud\\_Cohesión\\_Social\\_CEPAL\\_OIJ.pdf](http://www.oij.org/.../Juventud_Cohesión_Social_CEPAL_OIJ.pdf)
- De Lellis, M. (2006) La Psicología Comunitaria en el ciclo de las Políticas Públicas. En M. De Lellis, M. Álvarez, J. Rossetto, E. Saforcada, *Psicología y Políticas Públicas de Salud*, (p. 125 - 186). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Di Segni, S. (2002) *Adultos en crisis. Jóvenes a la deriva*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Duncan, S. (2007) What's the problema with teenage parent's? And what's the problema with policy? *Critical social policy*, 27 (3), 307-328. Descargado el 12 de agosto de 2011 de, <http://csp.sagepub.com/content/27/3/307.full.pdf>
- Escovar, J., González, C., Trujillo, E. (2007). Fecundidad adolescente, género y desarrollo. *Revista Territorios*, 16 (17), 47-70. Descargado el 20 de Marzo de 2011 de, <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/357/35701704.pdf>
- Filgueira, C. (1996). Sobre Revoluciones Ocultas: La Familia en el Uruguay. *Informe Nacional de Desarrollo Humano*. Montevideo: CEPAL. Descargado el 17 de marzo de 2011 de, <http://eclac.org/publicaciones/xml/6/10566/LC-R141%20.pdf>

- Filgueira, F., Kaztman, R., Rodríguez, F. (2005) Las claves generacionales de la integración y exclusión social: Adolescencia y juventud en Uruguay y Chile en los albores del siglo XXI. En *Revista Primas Dilemas sociales y alternativas distributivas en Uruguay*, 21, 43-65. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay.
- Flick, U. (2007) *Introducción a la investigación cualitativa* (2da edición) (p. 32-51; 75-109; 183-212) Madrid: Morata, S.L.
- Freire De Garbarino, M. y Maggi De Macedo, I. (1990). *Adolescencia*. Uruguay: Roca Viva.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF Uruguay] (2009). *Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2009*. Montevideo: UNICEF. Descargado el 7 de Febrero de 2011 de, <http://unicef.org/uruguay/spanish/publications.html>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF Uruguay] (2010). *La universalización de la educación media en Uruguay. Tendencias, asignaturas pendientes y retos futuros*. Montevideo: UNICEF. Descargado el 7 de Febrero de 2011 de, <http://unicef.org/uruguay/spanish/publications.html>.
- Garibotto, G., González, G., Lorenzo, M., Methol, F., Monteiro, L., Scarlatta, L. (2008) *Tan embarazadas como valientes. Evaluación Cualitativa de los Acompañamientos Socioeducativos a adolescentes madres*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social [MIDES], Programa Desarrolla PNUD, Cooperazione Italiana.
- Gerstenblüth, M., Ferre, Z., Rossi, M., Triunfo, P. (2009). Impacto de la maternidad adolescente en los logros educativos. *Documentos de Trabajo*, 5, 1-18, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales (UDELAR). Descargado el 7 de Marzo de 2011 de, <http://decon.edu.uy/publica/2009/0509.pdf>
- González, M.L., Vandemeulebroecke, L. y Colpin, H. (2001). *Pedagogía familiar. Aportes desde la Teoría y la Investigación*. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay.
- Guzmán, J., Contreras, J., Hakkert, R. (2001). La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe. En S. Burak (Coord.) *Adolescencia y juventud en América Latina*, (p. 391-424). Costa Rica: Libro Universitario Regional.

- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006) *Metodología de la Investigación* (cuarta edición) (p. 521-747 ) México: McGrawHill
- Ibarra, L., (2003). Adolescencia y Maternidad. Impacto Psicológico en la Mujer. En *Revista Cubana de Psicología*, 20 (1), 43-47. Descargado el 8 de Agosto de 2010 de, [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S025743222003000100006&script=sci\\_abst](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S025743222003000100006&script=sci_abst)
- Instituto Nacional de Estadística [INE] (2009). *Encuesta Continua de Hogares. Principales resultados*. Descargado el 7 de Setiembre de 2010 de, <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/publicaciones2008.asp>
- Kaztman, R. y Filgueira, F. (2001). *Panorama de la Infancia y la Familia en Uruguay*. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay. Descargado el 5 de Abril de 2011 de, [http://observatoriosocial.mides.gub.uy/.../documento\\_mides\\_149.pdf](http://observatoriosocial.mides.gub.uy/.../documento_mides_149.pdf)
- Krause, M (1995) La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, (19-39) Santiago: Chile
- Lammers, C. (2000) *Adolescencia y Embarazo en Uruguay: joven, pobre y embarazada, antecedentes y estrategias para mejorar la situación y el futuro de las madres adolescentes*. Descargado el 8 de Julio de 2010 de, <http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/12128.pdf>
- Leiva, L. (2010) *Maternidad y proceso de configuración identitaria en mujeres que fueron madres en la adolescencia: una aproximación desde el enfoque biográfico*. Tesis para optar al grado de doctor. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- León, M. y León, S. (2005). Embarazo en Adolescentes. Educación Sexual: Coadyuvante de la Prevención. *Informe Médico*, 7(4), 165-176. Descargado el 7 de Agosto de 2011 de, <http://157.238.135.196/ediciones/2005/04/11/SeccionesInternas>
- Martín, A. y López, J. (2006) De Aquí y de Allá, hacía una Psicología Social Comunitaria Plural e Integradora. En A. Martín (Editor) *Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones*, (p. 193 - 210), Madrid: Síntesis.

- Martínez, M. (2006) La investigación cualitativa (Síntesis Conceptual) *Revista IIPSI*, 9 (1), 123-146. Venezuela: Universidad Simón Bolívar.
- Milles, M. y Huberman, M. (1994) *Qualitative Data Analysis* (2da edición) (p. 50-89; 245-285) EE.UU: SagePublications
- Ministerio de Desarrollo Social [MIDES]-Infamilia (2006). *La Situación de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay*. Descargado el 13 de Marzo de 2010 de, <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/situación.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social [MIDES] - Infamilia (2007). Los resultados de la Evaluación Intermedia de Infamilia. En *La salud de los adolescentes y jóvenes uruguayos ¿protegida o a la intemperie?*, (pp. 39-73). Descargado el 15 de Setiembre de 2010 de <http://www.infamilia.gub.uy/gxpsites/hgxpp001.aspx?.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social [MIDES]-Infamilia (2009a) *Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud. Segundo Informe*. Descargado el 6 de Febrero de 2011 de, <http://www.infamilia.gub.uy>
- Ministerio de Desarrollo Social [MIDES] (2009b). Mejorar la Salud Materna. En *Objetivos del Milenio. Uruguay Social* (pp. 60-69). Uruguay: MIDES. Descargado el 20 de febrero de 2011 de, <http://www.mides.gub.uy/mides/resultadobuscar.jsp?.pdf>
- Ministerio de Educación y Cultura [MEC] (2008). *Ley de Educación N° 18.437*. Uruguay: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales [IMPO].
- Ministerio de Educación y Cultura [MEC] (2010) *Anuario Estadístico de Educación 2009*. Montevideo: MEC. Descargado el 6 de Febrero de 2011 de, [http://mec.gub.uy/innovaportal/.../anuario\\_estadistico\\_educacion\\_2009.pdf](http://mec.gub.uy/innovaportal/.../anuario_estadistico_educacion_2009.pdf)
- Ministerio de Salud Pública [MSP] (2007) *Programa Nacional de Salud Adolescente*. Descargado el 15 de julio de 2011 de, [http:// www.femi.com.uy/archivos\\_v/saludadol.pdf](http://www.femi.com.uy/archivos_v/saludadol.pdf)

Ministerio de Salud Pública [MSP] (2009). *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención*. Descargado el 15 de julio de 2011 de, <http://www.sguruguay.org/.../guias.../msp-pnsa-guias-abordaje-integral-salud.pdf>.

Ministerio de Salud Pública [MSP] (2010a) *Prácticas en salud sexual y reproductiva*. Descargado el 15 de julio de 2011 de, <http://www.proyectodesarrolla.org/wp.../orglibrillopracticassaludsexual18.pdf>

Ministerio de Salud Pública [MSP]- Sistema Informático Perinatal [SIP] (2010b). *Datos 2008 sobre Fecundidad Adolescente en Uruguay*. Uruguay: Ministerio de Salud Pública (Unidad de Información Nacional en Salud, Dirección General de la Salud)

Ministerio de Salud Pública [MSP]- Sistema Informático Perinatal [SIP] (en prensa). *Datos 2010 sobre Fecundidad Adolescente en Uruguay*. Uruguay: Ministerio de Salud Pública (Unidad de Información Nacional en Salud, Dirección General de la Salud)

Minuchin, P; Colapinto, J. y Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución y familia*. Buenos Aires: Amorrortu

Montero, M. (2010). Fortalecimiento de la Ciudadanía y Transformación Social: Área de Encuentro entre la Psicología Política y la Psicología Comunitaria. *Revista PSYKHE*, 19 (2), 51 – 63.

Moreno, S., León, M., Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Cuaderno Venezolano de Sociología*, 15 (4), 787-803. Descargado el 7 de Abril de 2011 de, <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/122/12215405.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1995). *La salud de los adolescentes y los jóvenes de las Américas. Escribiendo futuro*. Descargado el 7 de Julio de 2010 de, <http://www.infosalud.com.mx/Publicaciones/CS%206.htm>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1990) *Adolescencia*. Descargado el 4 de Julio de 2010 de, <http://who.int/publications/es>

- Pantelides, E. (2004). Aspectos Sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescente en América Latina. *Notas de Población*, 31 (78), 7-34. Descargado el 4 de Marzo de 2011 de, <http://eclac.org/publicaciones/xml/9/22069>
- Pantelides, E. y Binstock, G. (2007). La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. *Revista Argentina de Sociología*, 5 (9), 24-43. Descargado el 8 de Abril de 2011 de, <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/269/26950903.pdf>
- Pereira, J (2011a). Protección de Derechos y Acciones de Advocacy en el Trabajo con padres y madres Adolescentes. En G. Corbo y C. Guida, *Maternidad y Paternidad en la adolescencia. Problema: ¿para quién? Desafíos de las políticas públicas* (p. 99 - 119) Montevideo: PNUD/MIDES-INFAMILIA/Naciones Unidas/Casa Lunas/Cooperazione Italiana.
- Pereira, J. (2011b) Academia, políticas e instituciones: problemas en las miradas adultas sobre la maternidad y paternidad en la adolescencia En: Peregalli, A., Sampietro, Y. *Maternidades, Paternidades y Adolescencias: relatos a viva voz*. Buenos Aires: Novedades Educativas (en edición).
- Peregalli, A., Ubal, M., Méndez, J. (2011) *Derecho a la Educación en madres y padres jóvenes y sus hijos: desafíos para la inclusión educativa*. Descargado el 11 de Mayo de 2011 de, [www.proyectodesarrolla.org/wp-content/files.../parentalidadyestudio21.pdf](http://www.proyectodesarrolla.org/wp-content/files.../parentalidadyestudio21.pdf)
- Pérez, I., Bastardo, D., Cermeño, T., Díaz, L. (2008). Incidencia de Embarazo Precoz según las etapas de la Adolescencia. *Informe Médico*, 10 (4), 203-210. Descargado el 12 de Abril de 2011 de, <http://informemedico.com.ve/SeccionesInternas>
- Pérez, P., Silva, M., Escobar, M. (2010) *Necesidades Educativas de madres adolescentes. Una mirada comunitaria*. Fondo Concursable Carlos Filgueira, Edición 2009, Montevideo: MIDES.
- Perdomo, R., Costanzo, A., Giordano, G., Pereiro, C., Ruben, B. (1998) *Los adolescentes Uruguayos – hoy*. Montevideo: MEC/Dirección de Educación.

- Quiroga, S. (1997) *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires: Facultad de Psicología (UBA).
- Real Academia Española (2001) *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima segunda edición. Descargado el 26 de agosto de 2011 de, <http://www.rae.es>
- Reis Brandao, E. (2006). Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. En M. L. Heilborn, E. Aquino, M. Bozon, y M. R. Knauth, *O aprendizado da sexualidade. Reprodução e trajetória sociais de jovens brasileiros*(p. 63 - 94), Brasil: Fiocruz.
- Rodríguez, A. (2007, agosto) *De la promoción de Salud Mental a la producción de Salud. La concepción de lo comunitario en la implementación de Proyectos Sociales*. Comunicación presentada en el I Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria, Quito, Ecuador.
- Sabatini, F., Cáceres, G. y Cerda, J. (2001). Segregación residencial en las principales ciudades chilenas: Tendencias de las tres últimas décadas y posibles cursos de acción. *Revista Eure*, 27 (82),21-42. Descargado el 7 de abril de 2011 de, <http://www.eure.cl/numero/>.
- Saforcada, E. (1999) *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós
- Saforcada, E. (2008) Perspectiva ecológico-sistémica de la salud. En E. Saforcada y J. Castellá (Comp.), *Enfoques conceptuales y Técnicos en Psicología Comunitaria*, (p. 49 - 74). Buenos Aires: Paídos
- Salazar, A., Rodríguez, L., Daza, A. (2007). Embarazo y Maternidad Adolescente en Bogotá y Municipios Aledaños. *Revista Persona y Bioética*, 2(29), 170-185. Descargado el 8 de Marzo de 2011 de, <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/832/83202907.pdf>
- Salazar, A., Acosta, M., Lozano, N., Quintero, C. (2008). Consecuencias del Embarazo Adolescente en el Estado Civil de la Madre Joven: Estudio piloto en Bogotá, Colombia. *Revista Persona y Bioética*, 2(31), 169-182. Descargado el 11 de Marzo de 2011 de, <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/832/83211487008.pdf>

- Serbia, J. (2007) Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Hologramática*, 7 (3), 123-146. Argentina: Universidad Nacional de Lomas de Zamora
- Serrano – García, I. y Bravo, M. (1998) La Psicología Social-Comunitaria y la Salud: Principios básicos. En I. Serrano – García, M. Bravo, W. Rosario, J. Gorrín *La Psicología Social – Comunitaria y la Salud. Una perspectiva Puertorriqueña*, (p. 1 - 34), Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas Editores.
- Setaro, M. y Koolhaas, M. (2008) *Políticas de Salud*. Montevideo: Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia [ENIA].
- Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M., Suárez, E. (1992) *Manual de medicina de Adolescencia*, N0 20, Organización Panamericana de la Salud [OPS], Washington D.C.: Paltex
- Stassen Berger, K. (2004) *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia* (6ta ed.). México: Panamericana.
- Stern, C. (1997) *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. México: Salud Pública. Descargado el 5 de Diciembre de 2010 de, <http://www.scielosp.org/scielo.php>
- Stern, C. (2004) Vulnerabilidad Social y embarazo adolescente en México. *El Colegio de México*, 130-155. Descargado el 13 de Octubre de 2010 de, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/112/11203906/11203906.html>
- Strauss, A. y Corbin, J. (1990) El muestreo teórico. En A. Strauss y J. Corbin (2002) *Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (p. 219-235) Medellín: Universidad de Antioquía
- Ulanowicz, M., Parra, K., Wendler, G., Monzón, T. (2006). Riesgos en el Embarazo Adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 153, 13-17. Descargado el 11 de abril de 2011 de, [http://www.med.unne.edu.ar/revista/.../4\\_153.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/.../4_153.htm)
- Valles, M. (2003) *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. (p. 339-401) Madrid: Síntesis

Varela, C. (1999). La fecundidad Adolescente: una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay. *Revista Salud Problema*, 4 (6), 2-24. Descargado el 21 de Febrero de 2011 de [http://www.programadepoblacion.edu.uy/.../varela\\_fecundidad\\_adolescente\\_1999.pdf](http://www.programadepoblacion.edu.uy/.../varela_fecundidad_adolescente_1999.pdf)

Varela, C. (2007). *Evaluación y discusión de un conjunto de medidas educativas, laborales y fiscales que busquen disminuir las contradicciones entre maternidad deseada y desarrollo integral de la mujer*. Descargado el 28 de Marzo de 2011 de <http://www.rumbos.org.uy>.

Varela, C., Pollero, R., Fostik, A. (2008) La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo. En C. Varela (coord.) *Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI.*, (p. 35-67), Programa de Población Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], Montevideo: Trilce.



Este color significa ALERTA

<b>EDUCACION</b>		NIVEL	GRADO	AÑOS	PROBLEMAS EN	AÑOS	DESERCIÓN	EDUCACIÓN			
ESTUDIA	No escolariz	CURSO	APROBADOS	LA ESCUELA	REPETIDOS	EXCLUSIÓN	NO FORMAL				
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Prim <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Univ <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Causa _____	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Cuál?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Observaciones											
<b>TRABAJO</b>		ACTIVIDAD	EDAD INICIO	TRABAJO	HORARIO DE TRABAJO	RAZÓN DE TRABAJO	TRABAJO	TRABAJO	TIPO DE TRABAJO		
trabaja	busca 1 <sup>ra</sup> vez	TRABAJO	TRABAJO	mañana	todo el día	económica	LEGALIZADO	INSALUBRE			
no y no busca	desocupado	años	horas por semana	tarde	noche	autonomía	si no n/c	no si n/c			
				fin de semana	n/c	me gusta	si no n/c	no si n/c			
						otra	si no n/c	no si n/c			
Observaciones											
<b>SOCIAL LIFE</b>		ACEPTACIÓN	NOVOIA	ACTIVIDAD	DEPORTE	OTRAS	ACTIVIDADES				
aceptado	ignorado	si no	GRUPAL	horas por semana	si no	Cuales?					
rechazado	no sabe	si no	si no	horas por día	si no						
Observaciones											
<b>HABITOS</b>		ALIMENTACION	COMIDAS	COMIDAS	TABACO	ALCOHOL	EDAD INICIO	OTRO TOXICO	CONDUCE		
SUEÑO NORMAL	ADECUADA	POR DIA	CON FAMILIA	gigamios por día	EDAD INICIO	ALCOHOL	ALCOHOL	no si	no si		
si no	si no				años	equivalente a litros de cerveza por semana	años	Frecuencia y tipo	VEHICULO		
									si no		
Observaciones											
<b>GINECO-UROLOGICO</b>		FECHA DE ULTIMA	CICLOS	DISMENORREA	FLUJO	ENFERMEDADES DE	EMBARAZOS	HIJOS	ABORTOS		
MEMBRANAS/ESPERMARCIA	no conoce	no conesp.	REGULARES	no si n/c	PATOLÓGICO/	TRANSMISIÓN SEXUAL					
años meses	da mes año		si no n/c	si n/c	SECRETACIÓN	si no					
					PENEANA	Cuál?					
Observaciones											
<b>SEXUALIDAD</b>		RELACIONES	PAREJA	EDAD INICIO	PROBLEMAS	ANTICONCEPCION	CONDON	ABUSO			
NECESITA	hetero	no	pareja única	REL. SEX.	EN REL. SEX.	siempre	siempre	SEXUAL			
INFORMACION	homo	ambas	varias parejas	años	no si n/c	a veces	a veces	no si			
			n/c			n/c	n/c	no si			
Observaciones											
<b>SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL</b>		IMAGEN CORPORAL		AUTO	REFERENTE	PROYECTO					
		conforme	crea preocupación	PERCEPCION	ADULTO	padre	otro fam.	DE VIDA			
		impide relación con demás		triste	padre	madre	fuera del hogar	ninguno			
				alegre	madre			claro			
				nervioso				ausente			
				muy tímido							
				otro							
Observaciones											
<b>EXAMEN FISICO</b>		PESO (Kg)	Centil peso/edad	PIEL Y	CABEZA	AGUDEZA	AGUDEZA	BOCA Y	CUELLO Y		
ASPECTO GENERAL	TALLA (mm)	Centil talla/edad		FANERAS		VISUAL	AUDITIVA	DIENTES	TIROIDES		
normal				normal	normal	normal	normal	normal	normal		
anormal				anormal	anormal	anormal	anormal	anormal	anormal		
		TORAX Y	CARDIO-	PRESION	ABDOMEN	GENITO-	TANNER	VOLUMEN	COLUMNA	EXTREMIDADES	NEUROLOGICO
		MAMAS	PULMONAR	ARTERIAL		URINARIO	mamas	TESTICULAR			
							vello pub.	Det. cm <sup>3</sup> lto			
							genitales				
Observaciones											
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL											
INDICACIONES E INTERCONSULTAS											
Responsable											
Fecha próxima visita											

INDIAESRVA-10/00

## Anexo 2. Información Geográfica<sup>41</sup>

El centro de salud está ubicado en Malinas 3843 en el barrio Jardines del Hipódromo, en la zona 9 de la región este de la ciudad de Montevideo. De este centro dependen doce policlínicas barriales: 24 de Junio, Carlos Ferranty, Don Bosco, Juan R. Larrosa, Los Zorzales, 17 de Junio, 8 de Marzo, Covipro, El Monarca, Nueva España, Santo Domingo, Villa Farre.

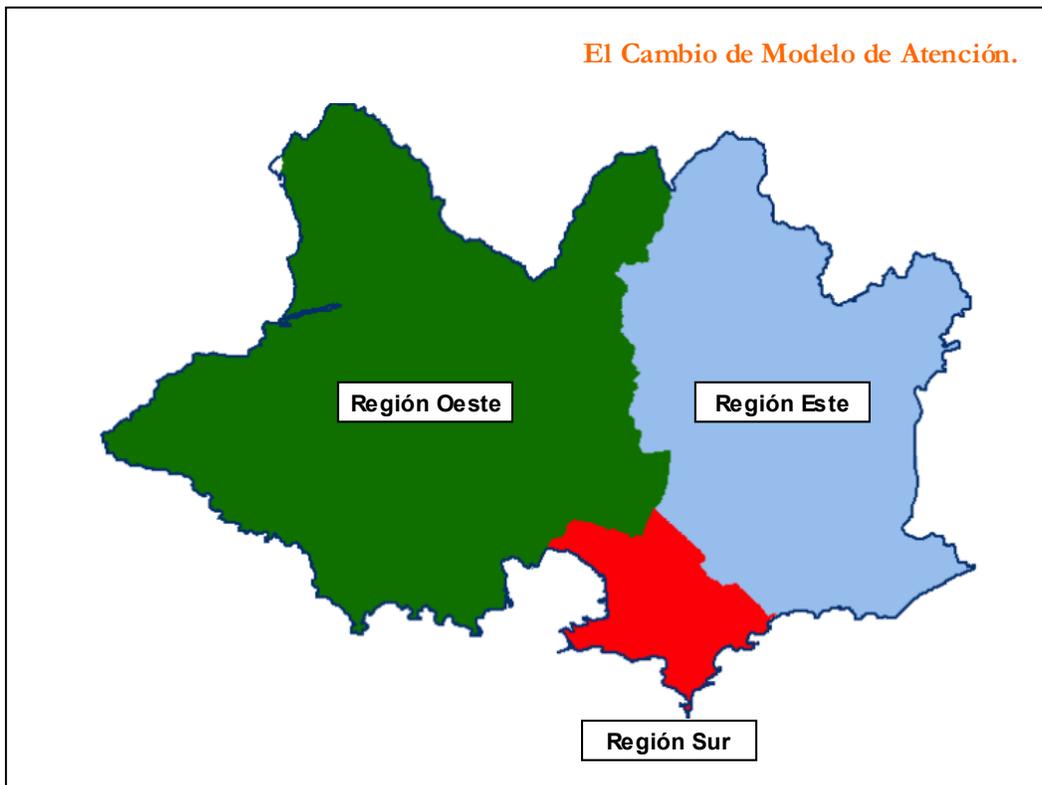


Figura 1. Modelo de Atención definido por la RAP según región.

<sup>41</sup>De Ávila y Tancredi (2006) *Diagnóstico de Situación de Salud de la zona de influencia de Jardines del Hipódromo*. Descargado el 30 de agosto del 2011 de, <http://www.medfamco.fmed.edu.uy>



Figura 2 *Modelo de Atención definido por la RAP según zonas en Montevideo.*

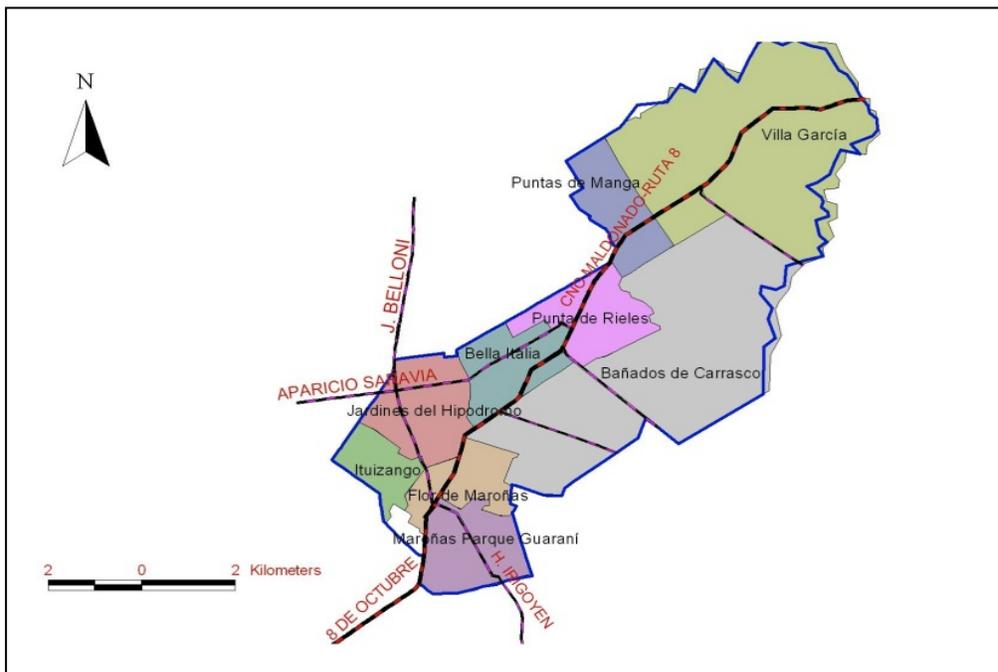


Figura 3. *Mapa de los barrios correspondientes a la zona de influencia del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo*

### **Anexo 3. Guía de Entrevista**

#### **2.1. Informante claves**

##### *Introductorias*

1. Podría describir las acciones dirigidas hacia la población adolescente por parte del MSP.
2. Cuál es el enfoque principal de la atención?
3. ¿Cuáles son los principales motivos de consulta que traen los adolescentes al centro de salud?
4. ¿Cómo son abordados por el equipo de salud?
5. ¿Ustedes cuentan con espacios de capacitación y formación para desempeñarse en la práctica?
6. ¿Cuáles son las carencias que presenta el modelo asistencial de salud dirigido a los adolescentes?
7. ¿Cuáles son las fortalezas que presenta el modelo asistencial de salud dirigido a los adolescentes?
8. ¿Se percibe diferencias en el trato asistencial entre unos profesionales de la salud y otros?

##### *Objetivo 1: Conocer el discurso de los operadores de salud sobre el embarazo precoz*

1. ¿cómo es conceptualizado el embarazo precoz desde la salud?

##### *Objetivo 2: Acerca de los Programas de salud instrumentados en torno a la maternidad temprana*

2. ¿En qué consiste el modelo integral de prevención del embarazo precoz que se ejecuta desde el MSP?
3. ¿Cuáles son los programas de intervención que se están ejecutando en torno al embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana?

4. ¿qué opina sobre cada uno de ellos (Programa de Acompañamiento Socioeducativo)?
5. ¿Cuáles han sido los resultados que han obtenido de las diferentes estrategias implementadas, tanto para su prevención como para su acompañamiento?

**¿Hay algo que yo no le haya preguntado y le parezca importante que yo conozca sobre lo que estuvimos conversando?**

## **2.2. Operadores de Salud**

*Objetivo 2: Conocer la opinión de los operadores de salud sobre los programas de salud instrumentados en torno a la maternidad temprana*

1. ¿En qué consiste el modelo integral de prevención del embarazo precoz que se ejecuta desde MSP?
2. ¿Cuáles son los programas de intervención que se están ejecutando en torno al embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana?
3. ¿qué opina sobre cada uno de ellos (Programa de Acompañamiento Socioeducativo)?
4. ¿Cómo es abordado/instrumentado por el equipo de salud?
5. ¿Cuáles son, para usted, los principales desafíos que encuentra en el acompañamiento de la maternidad temprana? (a nivel personal, equipo de salud, a nivel institucional, a nivel comunitario)
6. ¿Qué aspectos de los programas instrumentados, aún no se han contemplado o no se ajustan a la realidad diaria de la atención?

*Objetivo 1: Conocer el discurso de los operadores de salud sobre el embarazo precoz*

1. ¿Cómo es la atención a una adolescente embarazada por usted?
2. Cuando atiende en la consulta a una adolescente embarazada, ¿qué usted siente?
3. ¿Cómo es la relación que usted establece con las adolescentes que atiende?
4. ¿Cuál es su opinión sobre el embarazo en la adolescencia?
5. ¿Esta aproximación al embarazo se ha matizado a partir del trabajo con las adolescentes?

6. ¿Encuentra diferencias en la actitud de una adolescente embarazada y aquella que ya ha tenido a su hijo? Cómo incide en la relación que establece con ellas?
7. En general, ¿cómo percibe la relación que ellas mantienen con el centro de salud en general, específicamente con otros profesionales?
8. ¿Usted percibe si las adolescentes identifican diferencias en el trato asistencial entre unos profesionales de la salud y otros? ¿por qué?
9. ¿Cómo piensa que lo/a perciben?

**¿Hay algo que yo no le haya preguntado y le parezca importante que yo conozca sobre lo que estuvimos conversando?**

#### **Anexo 4. Bitácora de Campo**

El trabajo de campo se inició con la autorización de la Dirección de la Red de Atención Primaria [RAP] de ASSE. Para obtener el permiso correspondiente, se envió una carta explicando las características del estudio en cuanto a objetivos, procedimientos, y la intencionalidad académica del mismo. Si bien este trámite no garantizaba que el centro de salud accediera a involucrar a sus operadores de salud, era una condición sin la cual no hubiese sido posible acercarse a la propuesta de participación al servicio de salud de Jardines del Hipódromo.

Posteriormente se solicitó una entrevista con la Dirección del centro de salud mencionado, con la finalidad de presentar el proyecto y la importancia de su involucramiento en el mismo. Una vez obtenido su autorización, se acordó el procedimiento de implementación del cronograma de entrevistas, así como también, se definió una lista con los profesionales que integraban el Espacio Adolescente. La Dirección asignó a un funcionario del Área de Personal, para que presentara a los distintos integrantes del equipo asistencial la propuesta, y agendara las entrevistas de acuerdo a su horario laboral.

La instrumentación de lo acordado previamente tuvo algunos cambios debido al surgimiento de ciertas situaciones que alteraron lo programado. En primer lugar, la persona que intermediaba con los entrevistados fue teniendo dificultades para compatibilizar su nuevo rol con sus restantes responsabilidades en el centro de salud. Por ejemplo, no lograba avisarles con tiempo que ese día concurriría para realizar las entrevistas, y los profesionales al recibir la visita imprevista decidían cancelar la misma y posponer para otra ocasión. En esos casos, se acordaba directamente con ellos el día y la hora más conveniente. En segundo lugar, en general las entrevistas fueron desarrolladas en un contexto donde se escuchaba las conversaciones de afuera del consultorio, ocasionalmente se producían interrupciones, y en un tiempo que, en pocas ocasiones excedió los 35 minutos. En tercer lugar, los encuentros con los operadores de salud fueron en función de sus respectivas agendas de asistencia, lo cual limitó la posibilidad de intervenir en la secuencia de las mismas. No obstante, los entrevistados ofrecieron conceder otra instancia en caso de

considerarlo necesario. A pesar de las dificultades mencionadas, las cuales se resolvieron dentro de las posibilidades existentes, no afectaron la calidad del trabajo que se realizó.

La mayoría de los profesionales accedieron a participar, brindando su consentimiento para ello. En tal sentido, las entrevistas se realizaron en los días que los operadores de salud concurrieron al centro de salud, y el horario dependió de la demanda asistencial de ese día. En general se realizaron antes de iniciar la consulta o al finalizar la misma durante el mes de octubre. Al finalizar cada encuentro, se agradeció por el tiempo brindado y se recordó que en el primer trimestre del año 2012 se volvería a contactar al equipo de salud para realizar la devolución de los resultados obtenidos.

## **Anexo 5. Bitácora de Análisis**

El propósito fue poder comprender el material textual obtenido en las entrevistas realizadas a los operadores de salud y los informantes claves del estudio. Para ello, se aplicó un procedimiento de análisis inferencial, lo cual brindó una descripción sistemática del contenido manifiesto de las entrevistas, y de esta manera, se logró comprender las perspectivas de los participantes respecto al embarazo precoz y la maternidad temprana.

Para realizar el análisis de contenido de las entrevistas realizadas, se siguieron los pasos sugeridos por Miles y Huberman (1994), así como también, se tuvo como referencia las pautas brindadas por Hernández et al. (2006), quienes presentan un esquema de trabajo fundamentado en diversas fuentes respecto al uso de esta técnica de análisis.

En primer lugar, se organizó los datos y la información obtenida y se preparó la misma para su análisis detallado. Para ello, se transcribió cada una de las entrevistas, y se revisó detenidamente el material para asegurar que el mismo estuviese completo y tuviese la calidad requerida para su estudio. Cada uno de los registros fue organizado según un criterio cronológico, y por grupo de participantes. Asimismo, se incorporaron las anotaciones que se hicieron al finalizar cada sesión de entrevista. Este proceso se realizó en el mismo período de tiempo que se efectuaron las entrevistas, lo cual permitió incorporar nuevas preguntas en las respectivas guías empleadas, o recurrir a los informantes pertinentes en caso de surgir dudas respecto al material grabado. Una vez terminado esta primera parte, se volvió a explorar el material procesado revisando especialmente el sentido general de los mismos.

En segundo lugar, se procedió con la reducción de los datos obtenidos. En tal sentido, se seleccionó y condenso la información obtenida mediante la elaboración de resúmenes sobre los diversos temas abordados por el entrevistado. Esta etapa del análisis se inició con el estudio de tres entrevistas por cada grupo de participantes, es decir, se emplearon tres procedentes de los informantes claves y otras tres correspondientes a los operadores de salud. Durante este proceso, se identificaron unidades de significado, las cuales se categorizaron, y se les asignó un código a la misma. El segmento de contenido para su codificación fue el párrafo, el cual fue analizado en relación a su significación. Asimismo, se compararon los segmentos entre sí, con la finalidad de identificar similitudes y/o diferencias en cuanto a significado y concepto, y de esta manera, se indujo las

categorías pertinentes. En tal sentido, se definió el criterio o regla por el cual el contenido se fue incluyendo dentro de determinada categoría. Además, los nombres de las mismas y las reglas de calificación intentaron reflejar lo transmitido por los participantes del estudio empleando sus “propias palabras”. Con relación a los códigos, sirvieron para etiquetar las categorías inferidas, colaborando con la distinción entre ellas así como también con el análisis posterior. Esta etapa finalizó cuando se llegó a la saturación de categorías, la cual se alcanzó al revisar los datos de las restantes entrevistas de ambos grupos de participantes, ensamblando fácilmente dentro de los esquemas de categorías elaborados, y no encontrando nuevas categorías. De esta manera, se logró identificar los temas y sus respectivas categorías ampliamente consolidadas. Por otra parte, se seleccionaron segmentos altamente representativos de las categorías o que poseían un significado vinculado con el planteamiento.

A continuación se presentan las tablas que contienen, por un lado, la lista de códigos inferidos a partir del contenido de las entrevistas realizadas a los informantes claves y los operadores de salud respectivamente, y por el otro lado, las reglas de inclusión elaboradas para cada categoría generada.

*Tabla 1. Ilustración de la Lista de Códigos de Informantes Claves*

Embarazo Precoz	
EP: Concepto	EP-C
Programa de Salud en torno al embarazo y maternidad temprana	
PSEMT: Enfoque	PSEMT-E
PSEMT: Instrumentación	PSEMT-I
PSEMT: Debilidades	PSEMT-D
PSEMT: Debate en el abordaje sanitario	PSEMT-DAS

Tabla2. Descripción de cada categoría de la Tabla 1

Embarazo Precoz	Se incorpora la información obtenida respecto al embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de los informantes claves.
EP: Concepto	Se incorpora la información obtenida respecto a las conceptualizaciones que actualmente recibe el embarazo precoz en el ámbito de la salud.
Programa de Salud en torno al embarazo y maternidad temprana	Se incluye la información recibida en torno al abordaje específico desde la salud sobre el embarazo precoz y la maternidad temprana. Asimismo, se hace referencia al debate actual sobre la promoción de espacios de atención específicos y exclusivos para adolescentes en estado de gravidez dentro de los centros de salud.
PSEMT: Enfoque	Se incluye la información acerca de las líneas de abordaje emprendidas por el Ministerio de Salud Pública respecto al embarazo y la maternidad en la adolescencia.
PSEMT: Instrumentación	Se alude a los aspectos procedimentales de los programas de salud en torno al embarazo y la maternidad temprana.
PSEMT: Debilidades	Se describen las insuficiencias encontradas a partir de la instrumentación de los programas de salud en torno al embarazo y la maternidad temprana.

PSEMT: Debate en el abordaje sanitario

Se incluye la información acerca de la ausencia de consenso respecto a la creación de espacios específicos para adolescentes embarazadas en el Espacio Adolescente.

---

*Tabla 3. Ilustración de la Lista de Códigos de Operadores de Salud*

---

Embarazo en la Adolescencia	
EA: Concepto	EP-C
Abordaje desde la Salud	
AS: Espacio Adolescente	AS-EA
AS: Enfoque Preventivo del Embarazo	AS-EPE
Programa de Salud en torno al embarazo y maternidad temprana	
PSEMT: Tipos de Programas	PSEMT-TP
PSEMT: Instrumentación de Programas	PSEMT-IP
PSEMT: Operadores de Salud	PSEMT-OS
PSEMT: Usuarias	PSEMT-U
PSEMT: Institución	PSEMT-I
PSEMT: Estado	PSEMT-E

---

Tabla 4. Descripción de cada categoría de la Tabla 3

Embarazo en la Adolescencia	Se incorpora la información obtenida respecto al embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de los operadores de salud.
EA: Concepto	Se incluye los significados atribuidos al embarazo precoz desde la perspectiva de los consultados.
Abordaje desde la Salud	Se incluye la información obtenida sobre y relacionada con las asistencia de salud destinada a las adolescentes en general, y para quienes están embarazadas o son madres.
AS: Espacio Adolescente	Se incorpora la información sobre el espacio adolescente, como área diferencial destinada a la atención del adolescente en los centros de salud. En el mismo se instrumenta el Programa Nacional de Salud Adolescente.
AS: Enfoque Preventivo del Embarazo	Se incorpora los datos recibidos sobre el abordaje de la atención dirigida a las adolescentes en estado de gravidez o aquellas que son madres.
Programa de Salud en torno al embarazo y maternidad temprana	Se incluye la información referente a los Programas de Salud que se están instrumentando a nivel local (centro de salud de jardines) y a nivel nacional específicos para adolescentes en estado de gravidez o que son madres.

Al finalizar esta segunda etapa del trabajo de análisis, se decidió revisar el procedimiento efectuado con la finalidad de evaluar si se logró captar el significado transmitido por los consultados, verificar la inclusión de todas las categorías posibles, y revisar los criterios establecidos para cada categoría emergente. Al corroborar que estos aspectos se habían cumplido correctamente, se prosiguió con la presentación de los datos.

En tercer lugar, para facilitar la comprensión de los datos obtenidos, se estructuró la información en función de las semejanzas y diferencias encontradas, se identificaron variables, y se intentó explicar su relación en el caso que fuese pertinente. Se diseñaron esquemas explicativos, los cuales colaboraron con la visualización de la conexión entre las mismas, logrando mejorar la comprensión de la dinámica encontrada.

En la discusión de los datos se consideraron los patrones estables así como también aquella evidencia que parecía inconsistente. Miles y Huberman (1994) entienden por patrón, aquella información que se reitera y aparece en varias oportunidades del contenido que se analiza. Este elemento es un indicador de su importancia, y por ende, es recomendado su valoración. Durante el proceso, se instrumentaron una serie de acciones de análisis, sugeridas por los autores mencionados. En tal sentido, se realizaron comparaciones y contrastes de los datos obtenidos, se señalaron los patrones y temas encontrados, se relacionaron las variables identificadas, se busco construir la lógica analítica de la evidencia, se organizaron los conceptos de manera de generar coherencia, se encontró el sentido a las excepciones, se triangulizo la información con otras investigaciones relacionadas, entre otras.

Al finalizar el proceso de análisis, se efectuó una revisión del trabajo realizado con la intención de corroborar si se había logrado describir, interpretar, teorizar y evaluar la información proporcionada por los participantes del estudio. Finalizada esta etapa, se prosiguió con la redacción de las conclusiones del estudio.

## Anexo 6. Consentimiento Informado

Montevideo, ..... de octubre de 2011

Estimado participante,

Soy Martina Silva, Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay. En este momento, me encuentro elaborando mi tesis de Maestría en Psicología Mención Psicología Comunitaria dependiente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

El objetivo general de mi estudio consiste en “*Conocer el discurso de los operadores de salud sobre la atención sanitaria que reciben las adolescentes embarazadas y aquellas que son madres, usuarias del Centro de Salud Jardines de Hipódromo*”. Pienso que el presente trabajo permitirá proporcionar nuevos elementos que faciliten el acompañamiento del embarazo temprano y maternidad adolescente que actualmente se pretende instrumentar desde salud pública.

Para llevar a cabo dicha investigación es precisa su colaboración, es por ello que mediante la presente carta solicito su consentimiento de participación. Concretamente quiero realizarle una entrevista sobre los aspectos relacionados con el objetivo general del estudio. El tiempo máximo estimado para su realización es de aproximadamente 60 minutos. Su participación es completamente voluntaria, sus datos se mantendrán en anonimato, y en el caso que lo desee, puede retirarse en cualquier momento de la investigación. Asimismo, solicito su autorización para grabar la entrevista, la cual será posteriormente transcrita para su análisis. Los resultados obtenidos tienen una finalidad exclusivamente académica.

Finalmente, me comprometo en el mes de abril del 2012 a coordinar con usted un segundo encuentro para realizar la devolución de los resultados obtenidos en la investigación.

En el caso de requerirlo, mis datos son los siguientes:

María Martina Silva Laguardia

Docente – Investigador

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

0056029787898

mmsilva@ucu.edu.uy

Saludo Atentamente,

.....

Firma del participante: .....

Contrafirma: .....

## Anexo 7. Afiches Informativos elaborados por Salud Pública<sup>42</sup>

**DÍA MUNDIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

# VIVÍ TU VIDA NO TE ADELANTES

La vida está llena de opciones, elecciones y decisiones. Explorá las opciones, elegí y decidí de manera consciente. El Día Mundial de Prevención del Embarazo Adolescente fomenta el conocimiento de las alternativas en anticoncepción y ayuda a los jóvenes a tomar las decisiones adecuadas.

**WWW.CELSAM.ORG / WWW.YOUR-LIFE.COM / 0800-2104**



The image shows two mobile phones on a reflective surface. On the left is a white flip phone with a pink bottom edge and a screen displaying a yellow and orange abstract pattern. On the right is a purple mobile phone with a white top and a screen showing a baby's face. The background is a solid light green color.



The logo consists of a stylized figure in purple and red, resembling a person or a couple, with the words "YOUR LIFE" in red capital letters below it.

<sup>42</sup>Proporcionados por un participante de la investigación

**DÍA MUNDIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

# **VIVÍ TU VIDA NO TE ADELANTES**

La vida está llena de opciones, elecciones y decisiones. Explora las opciones, elegí y decidí de manera consciente. El Día Mundial de Prevención del Embarazo Adolescente fomenta el conocimiento de las alternativas en anticoncepción y ayuda a los jóvenes a tomar las decisiones adecuadas.

**WWW.CELSAM.ORG / WWW.YOUR-LIFE.COM / 0800-2104**

