

Adolescencia y servicios de salud: Una aproximación al estudio de las masculinidades en contextos de pobreza

Mariana Cortez*

El presente artículo aborda la relación entre los adolescentes varones y los servicios de salud en contextos de pobreza. Se propone describir y analizar las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud sexual por parte de los adolescentes varones en contextos de pobreza y comprender qué representaciones sociales operan en las opiniones de los varones adolescentes respecto de la salud sexual. A su vez, se buscará indagar acerca de la información que poseen los adolescentes varones respecto de los servicios de salud sexual y sobre el derecho a la salud. Se explorará la relación entre la utilización de los servicios de salud y la incidencia del estereotipo de masculinidad, y la adscripción al modelo de Autoatención.

PALABRAS CLAVE: masculinidades - adolescencia - accesibilidad - servicios de salud - Autoatención

The present article tackles the relation between male adolescents and health services in contexts of poverty. It attempts to describe and analyse the conditions that male adolescents must fulfill in order to have access to the services of sexual health in contexts of poverty and to understand what social representations operate on male adolescents regarding sexual health. Furthermore, we will seek to inquire on the information male adolescents possess regarding sexual health and the right to health. We will also explore the relationship between the use of health services and the influence of stereotypes in masculinity, and the ascription to the self-care model.

KEYWORDS: masculinities - adolescence - accessibility - health services - self-care

Introducción

En los servicios de salud de la República Argentina, la creación de espacios exclusivos para la atención de adolescentes, tuvo el carácter de política de Estado recién en la segunda mitad del Siglo XX. Un conjunto de programas y lineamientos básicos para la atención en salud adolescente fueron la expresión del surgimiento de políticas públicas dirigidas a los y las adolescentes.

Como afirma Hugo Spinelli (2010), el campo de la salud en Argentina se caracteriza por la complejidad, dada la gran concentración de capital económico y problemas de financiamiento, así como la persistencia de estructuras administrativas estatales obsoletas que pugnan contra quienes

intentan desarrollar nuevas institucionalidades, sumado a la baja capacidad de gestión de los diferentes gobiernos: “Los modelos de atención del proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) pueden generar desigualdades y exclusión al interior del propio campo” (Spinelli: 2010: 276).

A partir de la crisis del llamado Modelo Médico Hegemónico, como consecuencia de la crisis económico-social en el financiamiento de la salud pública en Argentina y el agravamiento de problemas edilicios en las instituciones de salud pública, entre otros factores, emerge el sistema de Atención Primaria que articula la comunidad con los servicios de salud y actúa en sectores de vulnerabilidad social (Menéndez: 1974).

Silvia Necchi (2004) en su trabajo “Los ciudadanos y el derecho a la atención en salud” analiza las representaciones

* Universidad de Buenos Aires - Facultad de Ciencias Sociales.

sociales que tienen las Organizaciones de la Sociedad Civil orientadas a la atención en salud, los usuarios y los profesionales, sobre el derecho a la salud. La autora destaca que las leyes que respaldan el derecho a la atención en salud son generalmente desconocidas por los usuarios, y que éstos presentan dificultades para expresar sus derechos, pese a esto, entre el 97% y el 100% de los entrevistados acuerdan con la importancia de ser atendidos con respeto y privacidad, sin largas horas de espera y de recibir información respecto de sus problemas. En cuanto a su responsabilidad –medidas de prevención, cuidado de sus hijos- Necchi observó un importante involucramiento.

En el trabajo realizado por el Programa Salud Escolar del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: “Acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia. Diagnóstico de situación en alumnos de escuelas técnicas del GCBA desde una perspectiva de género 2012-2013” (Carpineta et al: 2013), los autores elaboraron un diagnóstico sobre el acceso a los derechos sexuales y reproductivos incluyendo la perspectiva de género en adolescentes de escuelas técnicas de la Ciudad de Buenos Aires. Indagaron sobre los niveles de conocimiento y acceso a las prestaciones de salud sexual y reproductiva según sexo. Concluyeron que en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, hay diferentes patrones de acceso según género, y que pensar la perspectiva de género desde estrategias pensadas sólo para la mujer como destinataria, reproduce la inequidad en el acceso a los servicios, ya que deja afuera a los varones como destinatarios de políticas públicas específicas del área.

Silvia Tapia, en su trabajo “Estrategias de atención a jóvenes embarazadas en barrios vulnerabilizados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Un estudio de caso”, analiza las significaciones de los profesionales de un efector público del primer nivel de atención, acerca de los jóvenes que concurren a los Centros de Salud y Atención Comunitaria (CeSaCs). A partir de estas significaciones, la autora analiza los fundamentos de las estrategias llevadas a cabo en los efectores observados. Concluye que atención a adolescentes requiere de un abordaje diferenciado del de niños y adultos, y que los profesionales deben conocer el lenguaje específico de los adolescentes para una mejor comunicación.

Dentro de las condiciones macro-sociales, podemos hacer referencia a los trabajos de Luc Boltanski sobre los usos sociales del cuerpo, quien estudia las variaciones del consumo médico de las distintas clases sociales en las que operan diversas determinaciones sociales mediadas por el orden cultural que los traduce en reglas, prohibiciones, gustos y etc. (Boltanski: 1972).

A raíz de los interrogantes planteados, este trabajo se propone describir y analizar las condiciones de accesibilidad al servicio de salud sexual por parte de los adolescentes varones

en contextos de pobreza y comprender qué representaciones sociales operan en las opiniones de los varones adolescentes respecto de la salud sexual.

Existen diferencias en cuanto a la información y el acceso a los CeSaC, determinadas por el género. A partir de determinadas prácticas a nivel institucional en lo respectivo a la atención salud adolescente tales como cuestiones edilicias -en los CeSaCs suelen faltar insumos- sumado a la persistencia de prácticas por parte de los profesionales que responden al Modelo Médico Hegemónico, los varones adolescentes de barrios de gran vulnerabilidad social, tienen en cuenta diferentes condiciones que impactan sobre el uso que realizan de los efectores a la hora de acudir a los mismos, de modo tal que diferentes factores asociados a la accesibilidad, la falta de información sobre los servicios y la incidencia del estereotipo de masculinidad, y también la adscripción al modelo de Autoatención, tienen una tendencia a utilizar los mismos sólo en situaciones de urgencia.

Son las mujeres las que acuden mayormente a los centros de salud, y esto está ligado a las formas de control y regulación del cuerpo femeninos naturalizados culturalmente, con el principal objetivo de regular la reproducción.

Acerca de la adolescencia

De acuerdo con el Comité de Derechos del Niño, la adolescencia es “un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos”. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años.

En el tránsito por la adolescencia, la sexualidad se conforma como un eje de construcción de identidad. En esta etapa pesan ampliamente los estereotipos de género. Se espera que los adolescentes varones cumplan con ciertos mandatos, tales como la heterosexualidad y la vida sexualmente activa. De las adolescentes mujeres se espera pasividad y una sexualidad organizada para la procreación. En la adolescencia, la sexualidad se inscribe en el imaginario sociocultural, el cual diferencia comportamientos y expectativas según las diferencias biológicas sexuales (Checa: 2003).

En los últimos años, el análisis de las asimetrías de género y clase permitieron comenzar a “desempacar” la categoría genérica de adolescencia, para reconocer y atender un conjunto de situaciones disímiles (Adaszko: 2007).

Las niñas y adolescentes de cualquier condición social se encuentran inmersas en un proceso de fragilización de la

subjetividad femenina. Además, los roles asumidos por cada género presentan variaciones según la clase social en la que se sitúan las personas.

La sexualidad es el producto de una compleja red de creencias, conceptos y actividades sociales que mutan en función a diversos factores implicados socialización (Weeks: 1998). Dadas las fuertes determinaciones que producen los estereotipos, para garantizar los derechos en lo que refiere a su sexualidad, identidad de género e identidad sexual en el marco del cuidado de la salud, se debe promover la autonomía de las y los adolescentes ya que en el proceso de construcción de esta autonomía, se pone en juego su propia autopercepción y sus relaciones con el entorno social que los rodea.

Como afirma Susana Checa (2003), en la adolescencia, la sexualidad encuentra su sustento en las representaciones sociales androcéntricas imperantes, que manifiestan que la diferencia biológica justifica las diferencias y comportamientos de cada sexo.

El concepto de género es una simbolización social de las diferencias anatómicas, que se expresa en prácticas y representaciones sociales, que atribuyen unas conductas en función de la condición sexual (Lamas: 2004). Remite a las relaciones sociales entre los sexos: ser mujer o ser varón, expresa una serie de comportamientos y gustos que serán transmitidos por nuestro entorno social.

Supone definiciones que abarcan tanto la esfera individual -incluyendo la construcción del sujeto y el significado que una cultura le otorga al cuerpo femenino y al masculino-, como la esfera social -que influye en la división del trabajo, la distribución de los recursos y la definición de jerarquías- y está condicionado por la clase social en la que están inmersos los sujetos. A los estereotipos normativos de “feminidades” y “masculinidades” que asignan los comportamientos que se esperan de cada género, debe oponerse la noción de identidad de género, para comprender justamente la identidad y su realidad desde una perspectiva múltiple y dinámica.

Los roles de género emanan de las conductas y normas establecidas por la sociedad acerca de lo que es femenino y lo que es masculino. Estos roles se basan en la división sexual, en la que se establece lo femenino como lo maternal y doméstico. Por el contrario, lo masculino se relaciona al ámbito de lo público (Lamas: 2004). Esto se traduce en una inequidad entre los géneros y en la necesidad de modificar esa desigualdad.

Masculinidades: Hacia una reflexión sobre la dominación

Pierre Bourdieu (1998), analiza el tipo de estructura social que eterniza las relaciones asimétricas entre los géneros, en la que las representaciones sociales de las mujeres también

operan aplicando los mismos esquemas de dominación que los hombres. En la dominación de género, se eterniza lo arbitrario, y se encuentra el más claro ejemplo de jerarquización social arbitraria.

La naturalización de la dominación masculina obedece a una división de las actividades de acuerdo a una oposición masculino/femenino. Las prácticas femeninas suponen un esquema de dominación masculina y se reproducen en la división sexual del trabajo, que otorga al hombre el poder de dominación. Esto no quiere decir que exista una responsabilidad femenina en la dominación -que es doble: en el trabajo y en la vida cotidiana- sino que hay formas estructurales que limitan las formas de pensamiento que son impuestas, y se traducen en vergüenza, culpabilidad, y otras manifestaciones.

Esta violencia simbólica estructura las relaciones desiguales entre los géneros que producen y reproducen las asimetrías entre hombres y mujeres. La dominación entonces, se eterniza en todas las relaciones e instituciones sociales.

La experiencia de la feminidad es una experiencia objetual: experiencia de cuerpos expuestos al juicio del otro. Pero el varón debe desarrollar acciones acorde a lo que se espera socialmente de un varón, debe entrar en las luchas por el dominio del campo de forma también subordinada a esas luchas, son entonces también cuerpos para otros: “en el varón se valora el inicio temprano en las relaciones sexuales, el ejercicio del sexo como un rito de pasaje a la adultez, y existen presiones de los padres y la familia para ajustarse a los requerimientos de su género. El estereotipo masculino es el del varón sexualmente activo, heterosexual e independiente”. (Checa: 2003:23)

De un hombre se espera virilidad, y esa virilidad es entendida como virilidad física y se asocia con la fuerza y la capacidad sexual; desvirgar a la mujer, tener muchos hijos (Bourdieu: 1998). “Aunque pueda aparecer como la matriz original a partir de la cual se engendran todas las formas de unión de dos principios opuestos —cielo y tierra, fuego y agua, etc.- el acto sexual en sí mismo está pensado en función del principio de la primacía de la masculinidad” (Bourdieu: 1998).

A su vez, los varones compiten entre sí a la hora de verbalizar sus experiencias: “En una de las entrevistas colectivas a jóvenes, mientras estábamos en los momentos previos antes de encender el grabador, uno de ellos dice, “si las tablas de mi rancho hablaran...” y otro le respondió que no sabía si le iba a dar el cassette para contar todas sus experiencias. Ciertamente alardear sobre las conquistas y prácticas sexuales constituye una marca en la construcción o reafirmación de su masculinidad” (Rostagnol: 2002: 47).

La sexualidad es uno de los lugares donde se ejerce la dominación masculina, el acto sexual mismo es pensado a partir de una lógica binaria que asume lo femenino/pasivo-

masculino/activo, principio de división básica que dirige el deseo. De esta manera el deseo masculino es deseo de poseer y el deseo femenino es deseo de ser poseída (Bourdieu: 1998).

La construcción social que supone una mujer-madre, invisibilizó el erotismo femenino para dar un lugar de preeminencia a la reproducción y la dedicación a la crianza de niños y niñas. (Weeks: 1998). Generalmente el embarazo constituye un proyecto de vida en las adolescentes de los sectores populares y si bien se observa un déficit en los proyectos alternativos y un sentimiento de heteronomía, también es verdad que el embarazo adolescente suele ser tratado como algo negativo, porque se lo generaliza (Adaszko: 2007).

Por otro lado, existen diferencias significativas entre varones y mujeres a la hora de realizar una consulta médica sobre el tópico sexualidad: según datos de una investigación realizada por Kornblit y Mendez Diz (2003), el 57,8% de las mujeres encuestadas realiza consultas al médico contra el 31,6% de los varones. Por el contrario, el 42,2% de las mujeres entrevistadas refiere no realizar consultas al médico, contra el 68,4% de los varones que tampoco realizan consultas. Las mujeres, a diferencia de los hombres, han incorporado en sus imaginarios una relación con la sexualidad una serie de normas prácticas para el cuidado de la salud (Kornblit y Mendez Diz:2003). Los hombres están preocupados por un deber ser masculino, pero no por un deber hacer con respecto a la sexualidad. Las mujeres, están más interiorizadas en el deber hacer, y esto se traduce en sus prácticas. Los hombres tienen conductas sexuales de riesgo, pero asumen el riesgo como una aventura, mientras que para las mujeres es sinónimo de miedo. Esto expresa también una asimetría en el poder desde la perspectiva de género, donde el hombre se cree capaz de manipular a la mujer. Los varones, destacan la característica de “hombre de verdad” relacionada a los procesos de construcción de masculinidad, lo cual implica “no tener miedo” es un atributo esencial de la masculinidad, el cual debe ser probado continuamente (Rostagnol: 2002).

Las pautas sociales que rigen la dinámica del deseo masculino y de la sexualidad, proponen una mujer dócil y el lugar que ocupa en el escenario social, nos conduce a reflexionar sobre la causa de la mayor demanda de atención médica, ya que se traduce también en una forma de control sobre su sexualidad.

El hecho de tomar la iniciativa en el contacto sexual es una de las prácticas que nos muestra el grado de autonomía y de posibilidad expresiva que las personas se permiten en el grado de las relaciones íntimas (Kornblit y Mendez Diz: 2003). Consultados sobre quién en la pareja toma la iniciativa en la relación sexual, el 37,1% de las mujeres refiere que son los hombres quienes la toman, y el 45,9% de los hombres afirma también que son ellos quienes tienen la iniciativa. Esta

diferencia porcentual nos permite afirmar que expresar el deseo sexual sigue siendo, en gran medida, un atributo que se visualiza como masculino (Kornblit y Mendez Diz: 2003). Para los hombres el ejercicio de su sexualidad es signo de poderío, de fortaleza y ellos persiguen como meta fundamental del acto sexual, la penetración y el orgasmo, el poder gozar del cuerpo de la mujer y el poder de hacer gozar (Bourdieu: 1998).

Según una investigación sobre representaciones de participación en el campo de la salud, los/as usuarios/as adolescentes, no logran entablar una buena relación con los médicos pero a pesar de ello consideran útiles los servicios de salud. A medida que crecen y en especial los varones, se va produciendo un distanciamiento del sistema de salud y se reemplaza el acceso planificado para control, por el uso del sistema solamente ante la urgencia. Se encontró que la mayoría de los jóvenes varones desconoce la existencia de los servicios especializados para adolescentes del sistema público de salud (Kornblit et al: 2005).

Kornblit y Mendez Diz (2003) observan diferencias significativas entre varones y mujeres a la hora de realizar una consulta sobre el tópico sexualidad: el 57,8% de las mujeres encuestadas realiza consultas al médico contra el 31,6% de los varones. Conocer las percepciones de los varones acerca de la Calidad de la Atención recibida, contribuirá al desarrollo de estrategias para acercarlos a los servicios de educación sexual.

Representaciones sociales y clase social

Las representaciones sociales en torno a diferentes fenómenos que ocurren en la sociedad, son fenómenos ligados con un modo especial de adquirir y comunicar conocimientos, un modo que crea la realidad y el sentido común. Son “Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación” (Moscovici:1979).

Las inserciones de las personas en diferentes categorías sociales y su adscripción a determinados grupos, componen fuentes de determinación que inciden en la elaboración individual de la realidad social, y esto es lo que funda visiones compartidas de la realidad e interpretaciones similares de los hechos sociales. El medio cultural en que viven las personas, el lugar en el que se ubican en la estructura social, y las experiencias concretas que afrontan en la vida cotidiana intervienen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que aprecian la realidad social.

Las matrices socioestructurales y las estructuras materiales en las que están inmersas las personas delimitan su lectura de la realidad social, sus claves de interpretación y reinyectan en su perspectiva de la realidad una serie de condicionantes que manifiestan sus inserciones en la trama socioeconómica y en el tejido de relaciones sociales y culturales.

La representación social es, a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido, las representaciones sociales se transforman efectivamente en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta la realidad. Estos productos reflejan en su contenido sus propias condiciones de producción, y es así como nos informan sobre los rasgos de la sociedad en las que se han formado. En tanto que pensamiento constituyente, las representaciones no solo reflejan la realidad sino que intervienen en su elaboración.

La representación social es un proceso de construcción de la realidad y debemos entender esta afirmación en un doble sentido: primero, en el sentido de que las representaciones sociales forman parte de la realidad social, contribuyen pues a configurarla y, como parte sustancial de la realidad, producen en ella una serie de efectos específicos. Segundo, en el sentido de que las representaciones sociales contribuyen a construir el objeto del cual son una representación. Es porque la representación social construye en parte su objeto por lo cual este objeto es, en parte, realmente tal y como aparece a través de su representación social (Ibáñez: 1979).

Clase social y relación con la salud

Luc Boltanski (1972) afirma que la brecha entre riesgo de salud corrido por las distintas clases es pronunciada. Incluso un mismo nivel de consumo médico, no porta el mismo sentido si corresponde a categorías sociales cuyos miembros tienen distintas esperanzas de vida y distintos niveles de desgaste físico. El cuerpo se encuentra atravesado por la clase.

La clase se inscribe en el cuerpo: la alimentación, el gusto, la frecuencia y el tipo de enfermedad son mecanismos de diferenciación de clase. Las reglas que determinan las conductas físicas de los sujetos sociales y cuyo sistema conforma su cultura somática son el producto de las condiciones objetivas que esas normas retraducen en el orden cultural y social, y afirma: “Por ejemplo, la norma que en las clases populares rige la expresión verbal de las sensaciones corporales o, lo que es lo mismo, la exhibición visual del cuerpo; impide, con ciertas reservas, que se hable demasiado del cuerpo o que se lo exponga a los ojos de los demás, se expresa también en las actitudes frente a la enfermedad y a la expresión de sensaciones mórbidas, así como en las actitudes respecto a la sexualidad y su expresión”

(Boltanski: 1972: 37). Existe una percepción diferencial de las sensaciones mórbidas en las diferentes clases sociales, y una mayor resistencia de los sectores populares a atender las señales del cuerpo.

Margulis (2004) sostiene la hipótesis de que en la cultura popular, en comparación con los sectores medios y altos, una menor capacidad de dirección y actuación sobre el propio cuerpo, acompañado con un escepticismo a actuar sobre él y sobre la utilización de dispositivos sociales que operan sobre el cuerpo, como la utilización de los servicios de salud. El autor afirma que en una cultura que incorporó parcialmente los métodos anticonceptivos, se posee un imaginario de sexualidad que no está separado de la procreación, y no una perspectiva de derecho al uso del propio cuerpo.

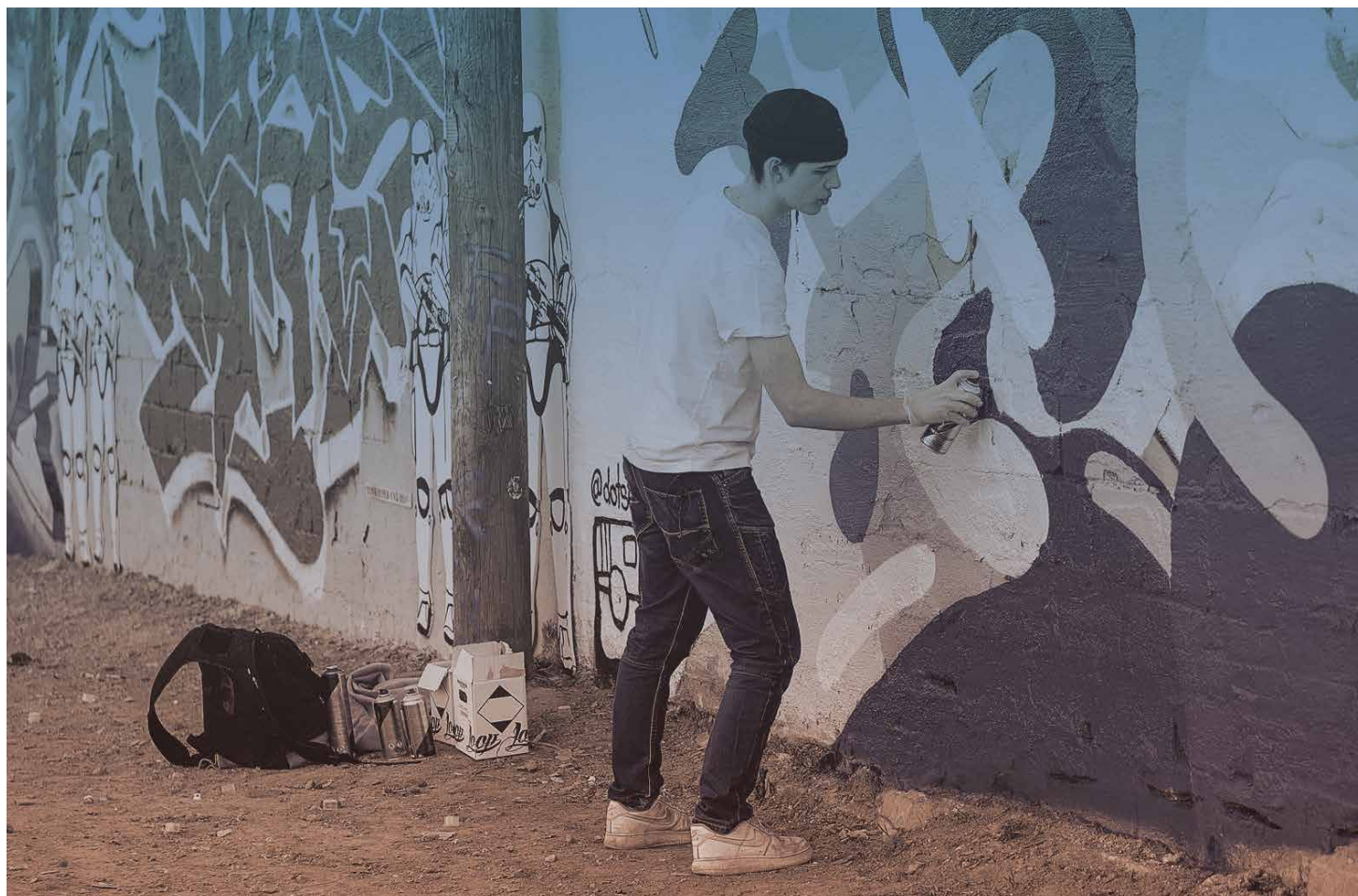
Perspectiva de salud integral

El presente trabajo adscribe a la perspectiva de la Salud Integral, definida como “El completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS), desarrollada por Asa Cristina Laurell y retomada por María Isabel Matamala (1995). Se entiende a la Salud Integral como una necesidad humana básica, y que define a los procesos de salud-enfermedad como históricos, sociales, que plantean el problema de su articulación con otros procesos sociales y sus determinaciones.

Desde esta perspectiva, la Calidad de Atención está referida al “Conjunto de aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales del bienestar. Sería de buena calidad la atención que incorpora/resuelve estos aspectos en las circunstancias concretas de cada demanda.” (Matamala: 1995). Uno de los factores que determinan la Calidad de la Atención en los servicios de salud sexual es la inclusión de una perspectiva de género, que permite reconceptualizar los modelos de atención y organización de los servicios y generar condiciones de ejercicio de poder democrático entre hombres y mujeres, ampliar la toma de decisiones de las mujeres, analizando la posición de las mismas y el impacto diferencial en la salud.

Según Mónica Petracci (2004), la Calidad de la Atención en salud es concepto dinámico —ya que articula ámbitos institucionales diversos—, polisémico —porque la construcción de su sentido diferirá si su enunciador es la comunidad científica, los usuarios, la opinión pública, etc.— y multidimensional —al referir a la calidad técnica, interpersonal y de servicios—.

La Calidad de la Atención en salud puede ser evaluada con relación a diversos factores: la accesibilidad, ligada a cuestiones sociodemográficas pero también simbólicas: es entendida como el vínculo construido entre sujetos y los servicios que surge de una combinación entre las condiciones y discursos



de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos; otro de los factores es la aceptabilidad, entendida como la capacidad de ofrecer una atención que responda a las expectativas de los usuarios, ya que la percepción de los usuarios está mediada por diversos procesos de socialización y autoestima; la integralidad, dado que los aspectos biológicos, psicológicos y sociales deben interrelacionarse en la atención en salud; la competencia humana y técnica, vinculada a la capacidad de brindar conocimientos, habilidades, infraestructura y tecnología que respondan a las necesidades de la población humana y científicamente y por último el nivel de participación comunitaria, relacionado a las estrategias y mecanismos de participación para identificar y responder a las necesidades de los usuarios de los servicios de salud pública. A su vez, son indicadores de una buena calidad en servicios de salud la promoción y el respeto por los derechos humanos, lo que sitúa una dimensión ética en la calidad de atención, a diferencia de los enfoques estrictamente administrativos, y el empoderamiento de los usuarios, lo que supone la adquisición de una serie de conocimientos para poder reconocer las relaciones sociales en las que están inmersos y el ejercicio de sus derechos, para aumentar los niveles de exigibilidad de los mismos, como así también su autodeterminación.

La Calidad Percibida de los servicios de atención en salud -trabajando desde la Teoría de la confirmación de expectativas

de Parasuraman- es el resultado de la comparación entre las expectativas previas de un usuario y la evaluación posterior del desempeño del servicio-(Petracci: 2005).

Según el “Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la Calidad de Atención en los servicios de salud reproductiva con enfoque de Género”, dependiente del Programa Mujer Salud y Desarrollo, y del Programa de Salud de la Familia y Población de la Organización Panamericana de la Salud, la salud sexual y reproductiva es un “estado de armonía físico, mental y social en un contexto de igualdad de responsabilidades entre hombres y mujeres”.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda facilitar al personal de salud el desarrollo de programas atractivos y atrayentes para los adolescentes que promuevan formas de vida saludables, tanto en lo individual como en lo colectivo.

Modelo médico hegemónico y autoatención

Menéndez (1974) afirma que el modo de producción capitalista conduce a la emergencia de varios submodelos de atención médica dentro del MMH: el individual privado, el corporativo público y el corporativo privado que ocasionan la exclusión de los modelos alternativos -Modelo alternativo subordinado, en el que se integran prácticas reconocidas

como “tradicionales”, y Modelo de Autoatención-, lo que en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados o complementarios del MMH.

El MMH, supone ciertos rasgos estructurales: biologicismo -desde aquí se trabaja con series históricas de corta duración, perdiéndose el contenido dinámico y social del proceso de salud-enfermedad-, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, la salud- enfermedad como mercancía, una relación médico-paciente asimétrica, medicalización, producción de situaciones que tienden a excluir al paciente del saber médico -esto es lo que trabaja el autor francés Luc Boltanski (1972) en su estudio sobre las distintas necesidades médicas en las diferentes clases sociales, afirmando que los hábitos de clase, que son esquemas de percepción y acción, portan una dimensión que son los hábitos físicos. Además afirma que el tipo de condiciones objetivas a las que están sometidos los sujetos sociales, condicionan en última instancia un tipo de comportamiento corporal que les es propio-.

El Modelo de Autoatención está basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o su grupo de pertenencia desde una concepción basada en la experiencia y sin la intervención de profesionales. Las personas que utilizan este modelo poseen una tendencia a asumir la subordinación al MMH.

La Autoatención se funda en la frecuencia de episodios de enfermedad en un grupo social determinado y en la necesidad misma del grupo de realizar acciones que solucionen estas situaciones al menos provisoriamente. El MMH, al cuestionar la Autoatención, limita la posibilidad de un primer nivel de atención en salud autónomo y así trabajan en detrimento de los recursos que puede brindar la ayuda comunitaria.

La clase obrera, el Estado y los propietarios de los medios de producción concurren en un hecho, por diferentes motivos: todos necesitan una organización contra la enfermedad para garantizar la reproducción del sistema (Menéndez: 1974). Según este autor, es así que funciona el Modelo Corporativo Público, es decir, la medicina pública, basada en los presupuestos del MMH -Corporativo Privado-, ya que las necesidades de control y productividad del capitalismo, sumado a la industria de la salud, sostienen al MMH.

La propia formación y práctica médicas alojan procesos sociales que no asumen en términos de importancia ideológica, en cuanto la reproducción social que realizan muchas veces inconscientemente del sistema social en el que operan.

Esta negación de lo social es paradójica si tenemos en cuenta la desnutrición, la tuberculosis, la mortalidad infantil, la mortalidad diferencial, la violencia de género, la violencia obstétrica y otras cuestiones que exceden lo privado o biológico a simple vista.

A partir de la crisis del MMH, consecuencia de factores tales como la crítica a la concepción de la atención desde la productividad, la crisis económico-social en el financiamiento de la salud pública en Argentina, el agravamiento de problemas edilicios en las instituciones de salud pública, etc. emerge el sistema de Atención Primaria que articula la comunidad con los servicios de salud y actúa en sectores de vulnerabilidad social.

Así, se recuperaron un conjunto de estrategias que evidencian una eficaz capacidad para actuar en la prevención de enfermedades, y el tratado de las mismas con tecnología simple y sistemática a muy bajo costo. Esto implica entonces, la participación y el trabajo comunitario para la aplicación de estas estrategias, que constituyen un primer nivel de atención. La práctica médica debiera operar como segundo y tercer nivel de atención (Menéndez: 1988:10).

Tratamiento de la adolescencia como fenómeno diferenciado: marco legal

En lo que respecta al tratamiento de la niñez y adolescencia como fenómeno particularizado, ocupó un lugar en el discurso jurídico tardíamente: fue recién a partir del año 1924 con la Declaración de Ginebra que comenzó a tratarse de manera específica. Es aquí donde se inicia un proceso de positivización, internacionalización y expansión de los derechos humanos del Niño.

Sin embargo, es la Convención sobre los Derechos del Niño aprobada en 1989 por la Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el hito por excelencia en el camino hacia el reconocimiento de los Derechos Humanos del niño. La Convención sobre los Derechos del Niño define al niño como un sujeto titular de sus derechos fundamentales al igual que los adultos, situación no reconocida por la legislación anteriormente. Así, se deja atrás la concepción paternalista que los consideraba incapaces y objetos de protección por parte de sus progenitores o el Estado. Dicha concepción acompañaba a un tipo de intervención estatal coactiva sobre niños, niñas y adolescentes.

La Convención reconoce los derechos reproductivos de los y las adolescentes, al establecer la necesidad de desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación familiar, en lo que respecta a salud sexual adolescente. La Convención es entonces, el punto de partida para cualquier intervención sobre niños, niñas y adolescentes. (Checa: 2016)

La doctrina de la protección integral de derechos de modo abstracto y genérico abarca todas las dimensiones de la vida y desarrollo de niños, niñas y adolescentes, protegiendo jurídicamente la infancia y su desarrollo socioeconómico.

El reconocimiento y protección de los derechos de los niños se produce en una concepción integral que recupera la universalidad de la categoría de la infancia, fragmentada con anterioridad por las leyes de menores. La Convención sobre los Derechos del Niño es el instrumento internacional que permitió expandir la ciudadanía a la infancia, ya que reconoce que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derechos ante el Estado y la comunidad, y que los Estados partes deben adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos por la Convención.

La Convención fue una respuesta a la intensificación del tráfico infantil, la frecuencia con que los distintos gobiernos alistaron niños en sus ejércitos, y la violencia generalizada de la que eran objeto los niños. La adhesión de los Estados a la Declaración de los Derechos del Niño no resolvía estos problemas. Hacía falta, desde luego, tender redes institucionales que modifiquen estas prácticas.

En el caso de América Latina ha habido importantes avances a partir de la Convención: se redujo la mortalidad infantil y hubo importantes incrementos de matrícula escolar. Pero el dato central es que es la niñez y adolescencia de América Latina la que contiene el mayor nivel de desigualdad social en el mundo. Y que es América Latina la región que registra los más altos niveles de desigualdad en general (Vazquez Gamboa: 2009).

Durante los veinte años posteriores a la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados latinoamericanos fueron adaptando sus legislaciones al texto de la Convención para integrar a sus prácticas reales y la cultura de sus pueblos los Derechos de Infancia y Adolescencia. Esta rotunda aceptación incluyó modificaciones en diversas Constituciones y creó Jurisprudencia.

La ley Nacional 26.061/05 adecuó la normativa interna Argentina a los preceptos de la Convención y significó por parte del Estado la cancelación de una parte de la deuda en materia de protección de los derechos de la infancia en el contexto internacional de derechos humanos, ya que antes de su sanción, en Argentina regía la antigua ley de Patronato, que se remonta a 1919.

Entre los cambios que trajo aparejados la nueva ley en el ordenamiento jurídico imperante en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes, podemos nombrar:

- Del estado intervencionista al estado garante
- El rol de las políticas públicas
- Límites y delimitaciones de la actuación administrativa y la judicial
- Revalorización de la familia
- El principio de capacidad progresiva y su impacto en el derecho de familia

- Derecho a ser oído
- Derechos colectivos de niños y adolescentes

Una modificación significativa que produjo el nuevo enfoque de derechos (hacia la doctrina de la protección integral) está asociada a la denuncia de prácticas arraigadas que causaron daño a un gran número de niños, niñas, adolescentes y familias, entre ellas la irrupción indiscriminada y discrecional del sistema penal a través de las disposiciones tutelares en lo que se llamó “judicialización de la pobreza” por medio del Art. 21 de la ley 10.903 (Ley de Patronato) que aludía a la figura de “menores en riesgo” o “abandono social y material”.

La nueva ley adoptó una serie de normas tendientes a contrarrestar la estigmatización de la pobreza, entre ellas la referida a las medidas de protección integral, ante las posibles violaciones de derechos de los niños, niñas o adolescentes. Estas amenazas o violaciones pueden provenir de la acción u omisión del Estado, la sociedad, particulares, la familia, los padres, etc.

Por otra parte, puso fin a las tensiones entre gobiernos nacional y provinciales respecto de las limitaciones que tenían las leyes provinciales, sancionadas para cubrir las necesidades no abordadas por el Estado Nacional, delineando los ejes genéricos a partir de los cuales se debe garantizar la protección de los derechos del niño/a en todo el territorio.

En 1998, se había sancionado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley 114/98 “Ley de protección Integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes”, que se atenía a los postulados de la Convención. Observamos que fue sancionada siete años antes de la sanción de Ley Nacional 26.061/05. La Ley 114, en su Artículo 8, estableció que los/las niños, niñas y adolescentes tienen prioridad en la protección y auxilio cualquiera sea la circunstancia; atención en los servicios públicos; asignación de recursos públicos en la formulación y ejecución de políticas en las áreas relacionadas con la efectivización y la protección de los derechos de la niñez, la adolescencia y la familia y consideración y ponderación de las necesidades y problemáticas de la comunidad local a la que pertenecen.

En el apartado II, estableció entre otros derechos: Garantías procesales, Derecho a la Identidad, Derecho a ser oído, Derecho a la Salud -atención integral de su salud- y protección de la salud -instando a crear medidas para desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación al grupo familiar conviviente, la educación en materia de salud sexual y reproductiva, tendientes a prevenir el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual-.

En 1999, se sancionó en la CABA la Ley N° 153/1999, “Ley básica de salud”, con el objeto de garantizar el derecho a la salud integral, y define como derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de

atención la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad y el acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso.

En 2000, se sancionó en la CABA la Ley 41/2000, “Ley de Salud reproductiva y Procreación Responsable”, que tiene por objetivos específicos, entre otros, prevenir mediante educación e información los abortos provocados, garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieran para promover su libre elección, promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable y otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las/os adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada.

En el año 2003, se sancionó la Ley 25.673/2003 “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”, con la meta de disminuir la morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

En el año 2006 se sanciona la Ley 26.150 de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, que establece que todos los estudiantes tienen derecho a recibir educación sexual en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada, de todos los niveles y modalidades de las diferentes jurisdicciones del país. Dicho Programa Nacional tiene como objetivos principales: incorporar la Educación Sexual Integral en las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas, asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la Educación Sexual Integral, promover actitudes responsables ante la sexualidad, prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular y procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

En lo que respecta a Derechos de la Mujer, en 1979 se aprobó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), ratificada por nuestro Congreso Nacional en 2006, que prevé la garantía de los derechos de las mujeres y exige a los Estados parte la creación de instrumentos y políticas públicas que permitan

su cumplimiento en igualdad de condiciones respecto de los varones. En este caso, se especifica, entre otros, el derecho de las mujeres y niñas a acceder a información y métodos de planificación familiar, también, a recibir una educación libre de estereotipos de género, se asiste una gran contradicción en líneas generales entre la legislación vigente en salud y el accionar de las instituciones en salud que con frecuencia violan los derechos adquiridos. Esta contradicción “se observa en los prestadores de servicios y en la población demandante de los mismos: los primeros se desprofesionalizan y los segundos se autodevalúan, entablando una relación de autoritarismo y sumisión que a la vez que resulta poco benéfica para la salud y reproduce las condiciones de desigualdad existentes” (Matamala: 1995:20). Adquiere centralidad entonces, el análisis de las relaciones entre adolescencia, ciudadanía y derecho a la salud.

Si bien desde la Convención de los Derechos del Niño, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), sancionada en 1979 ratificada por nuestro Congreso Nacional en 2006, La Ley de Derechos del Paciente 26.529/2009, la Ley de Parto Humanizado 25.929/15, la Ley de Identidad de género 26.743/2012, la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable 25.673/2003, la Ley de educación Sexual Integral 26.150/2006, y otras medidas tendientes a modificar algunas de las condiciones negativas generadas por el propio desarrollo capitalista y en el sentido de una perspectiva de salud integral, estos cambios no modificaron las relaciones diferenciales según estrato social y género en función de las condiciones de salud, si bien en el primer caso mejoraron los niveles de esperanza de vida. Por esto, adoptar una perspectiva que analice este problema es significativo para el desarrollo de políticas públicas que sean capaces de disminuir toda forma de desigualdad.

En cuanto al rol ciudadano, se requiere participación, conocimiento y apropiación de sus derechos como contribución al desarrollo de la condición humana de las sociedades. La ciudadanía adolescente, es el conjunto de prácticas jurídicas y sociales que ponen de relieve la participación juvenil dentro de los procesos sociales, y que están estrechamente relacionadas con la vida institucional.

Es preciso analizar entonces, si las modificaciones en la legislación y la puesta en marcha de programas institucionales que respeten a los niños y adolescentes como sujetos y los separen de una condición objetual, logran los objetivos esperados y qué políticas públicas pueden ponerse en funcionamiento para tal fin.

Atención en salud en contextos de pobreza

Entre los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSaC) con más demandas en la Ciudad de Buenos Aires, se encuentra

el CeSac N° 24, ubicado al Sur de la Ciudad de Buenos Aires en la comuna 8, que presenta los peores indicadores socio-urbanos y donde más acuciante se ha vuelto la situación deficitaria en términos de acceso a la vivienda para sus habitantes. A su vez, es la Comuna con más alto índice de población sin cobertura de salud (40,9%) -a pesar de esto no cuenta con hospitales públicos- y presenta el mayor índice de mortalidad infantil (11 por mil) de la CABA.

Según el relevamiento de Asentamientos Informales, En la Ciudad de Buenos Aires hay 56 villas y asentamientos en las que viven 73.300 familias, siendo las comunas 1, 4, 7 y 8 donde se encuentran ubicados las principales villas y barrios informales de la Ciudad.

Según el Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares de 2010, de los 2.890.151 habitantes de la ciudad de Buenos Aires, 197.976 eran niños de 5 años o menos. De ellos, un 12,4% (24.515) vivían en las villas y asentamientos de la Ciudad. Dentro de estos territorios, la niñez tiene una marcada relevancia: 14% de la población que habita en villas son niños de hasta 5 años; 24% son niños de hasta 10 años; 37% son menores de edad (hasta 17 años).

Según la Encuesta Anual de Hogares (EAH) realizada Dirección General de Estadísticas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, En 2012, 6% de las mujeres que habitaban fuera de villas tenía al menos un hijo nacido vivo que murió. En las villas de la Ciudad, el porcentaje de mujeres con hijos nacidos vivos que murieron se incrementa hasta alcanzar un 11%¹.

Según el Relevamiento de disponibilidad y acceso a servicios públicos en siete villas de la Ciudad de Buenos Aires (2013) dependiente del Programa Interdisciplinario sobre Desarrollo Humano e Inclusión Social, UCA (2014) y tomando como referencia la EFVC-UCA (Encuesta de Condiciones de Vida Familiares) en las villas cerca de la mitad de las mujeres jefas o cónyuges del jefe no se consideran dueñas de sus destinos, al indicar que casi siempre o muchas veces en la vida no existen maneras de cambiar las realidades, que les son dadas desde afuera de determinada manera. En las villas del barrio de Soldati este porcentaje es algo menor pero igualmente notable, alcanzando a 37% de estas mujeres.

Las oportunidades de proyectar hacia futuro también se ven restringidas en estos barrios. Una de cada tres mujeres jefas o cónyuges tiene dificultades para formularse proyectos más allá de la cotidianidad.

Según el análisis de Claudio Lozano (2015) del Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) del año 2010, tomando como indicadores de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) el tipo de vivienda, condiciones sanitarias, el hacinamiento,

asistencia escolar, y capacidad de subsistencia el porcentaje de habitantes de la comuna 8 que presenta al menos un indicador de privación es muy superior al promedio de la ciudad (13,8% vs. 7%). Si desagregamos el indicador hacinamiento, encontramos en la zona el más alto porcentaje de hogares hacinados, un 22.2% (CELS: 2012). En toda la ciudad, si el indicador de hacinamiento se restringe a las villas, inquilinatos, hoteles, pensiones y casas tomadas el porcentaje de los hogares hacinados ronda el 50%, cuando en el resto de la Ciudad apenas llega al 6,3%². La comuna 8, a su vez, cuenta con un promedio de población viviendo en villas superior al 30%, mientras que en el resto de la ciudad no alcanza el 6% (Cravino: 2014).

En lo respectivo a educación, los adolescentes tienen una tasa de escolarización de 96,0% fuera de las villas, y ésta baja a solo 82,8% entre los habitantes de las villas de la CABA.

La educación de los pacientes opera de modo tal que menor educación limita el acceso a los servicios existentes (Maceira: 2008).

“La promoción de la salud sexual, las herramientas para la promoción de los derechos sexuales y derechos de salud en general, deben atender las determinaciones culturales, siempre pensando desde una perspectiva de género cuyos destinatarios también sean los varones adolescentes.”

Dentro de los estereotipos normativos, observamos que el porcentaje de mujeres jóvenes que no estudian ni trabajan es del 34,8%: duplica el porcentaje que corresponde a los varones que se encuentra en el 15,7%: la mayoría de los adolescentes varones debe abandonar sus estudios por necesidades económicas, para ingresar al mercado laboral.

En las villas de la ciudad el 33% de las mujeres tenía menos de 20 años al nacer su primogénito, en embarazos que son considerados de alto riesgo, esto ocurre sólo en el 8% de los hogares fuera de las villas (EAH, 2012).

En lo que respecta a la tasa de natalidad en Argentina, Según el Ministerio de Salud de la Nación, el porcentaje de ² Bermudez, I. (7 de septiembre de 2011) “La población en las villas creció más del 50%” Clarín. Recuperado de http://www.clarin.com/capital_federal/poblacion-villas-crecio-ciento_0_550145018.html

1 EAH 2013, Y EAH 2012, disponible en <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/e/c/?p=36692>

niños nacidos vivos de madres adolescentes fue en 2014 de 15,2%, mientras que el porcentaje de madres con bajo nivel de instrucción –analfabetas y hasta primario incompleto– ascendió a 5,5%.

El índice de Ingreso Total Familiar (ITF), demuestra que la Comuna 8 tiene el segundo nivel más bajo en toda la CABA, superado únicamente por la Comuna 1, que nuclea los barrios de Puerto Madero, Retiro, San Nicolás, Montserrat, San Telmo y Constitución: en promedio, el ITF en pesos en el año 2013 era de \$7.893 en la comuna 8 y \$ 7.121 en la 1 donde está alojada la Villa Retiro, una de las más grandes de la CABA, observamos un gran contraste con las comunas más ricas de la ciudad, como la Comuna 13, con un ITF de \$14.220.

La Comuna 8, cuenta con 55.456 hogares, de los cuales 22.016 tienen ingresos insuficientes según la relación ingresos-canasta de consumo, es decir, un 39,7% de la comuna no cuenta con ingresos suficientes.

A su vez, el 9,8% de los habitantes de la comuna 8 de 25 años y más tiene primario incompleto y el 20,5% el secundario incompleto, lo que constituye una distribución acumulada de 53,9% de los habitantes de la comuna que no terminó el secundario. Le siguen la Comuna 4, con un 8,5% de primario incompleto y la Comuna 1 con un 5,8%.

Debe señalarse también que la Comuna 8 presenta la mayor cantidad de población residente en villas (32,9%). Además, puede afirmarse que en el Cordón Sur de la Ciudad de Buenos Aires una de cada tres personas vive en villas, asentamientos o barrios carenciados.

En las villas, a su vez, se desplegó un negocio inmobiliario a costa de la necesidad, que constituye una especie de confiscación social (Diario Perfil, 5/1/2014)³. Se trata del alquiler de viviendas y habitaciones a precios muy elevados en barrios donde no hay alumbrado, gas, electricidad, ni agua potable. En la Comuna 8, 80 de cada 100 personas deben alquilar cuartos sin resguardo legal, lo que duplica la media de la ciudad. Además, allí se concentra la mayor cantidad de población por debajo del índice de pobreza (CELS: 2012)⁴.

Según el Índice de Vulnerabilidad Social (IVS), construido en base a la ponderación de: Hacinamiento (moderado o crítico), Material de la vivienda (déficit moderado o crítico), Carga de dependencia por jubilado (2 o más personas en hogares sin ocupados), Carga de dependencia por ocupado (5 o más personas en hogares sin jubilados), Hogares que no reciben ingresos por trabajo ni jubilación ni pensión, Hogares

con al menos un integrante sin cobertura exclusiva del sistema público de salud, Hogares con un promedio de años de escolarización de la población de 18 años y más, menor a 7 y Hogares con un promedio de años de escolarización de la población de 18 años y más, entre 7 y menos de 12, los barrios que componen la Comuna 8 son los que mayores índice de IVC presentan: Villa Lugano cuenta con 27.983 hogares en condiciones de vulnerabilidad social, Villa Soldati 9.557 y Villa Riachuelo 3.860.

Además, aproximadamente 25% de las mujeres jefas o cónyuges en las villas de Lugano y 33% de las villas de Soldati frecuentemente encuentran dificultades para expresar sus opiniones personales. Aproximadamente 1 de cada 5 jefas o cónyuges expresan dificultades para decidir. Es decir, estos barrios se encuentran marcados por un ejercicio de la masculinidad tradicional en la que el hombre “viril” decide y somete a la mujer.

La tasa de mortalidad infantil trienal (2008/2010) de la Ciudad es 7,4 por mil. El nivel más alto del trienio se ubica en la Comuna 8 de la zona sur de la Ciudad (11 por mil), mientras que en la Comuna 13 se observa el nivel más bajo (4,2 por mil). La relación entre el valor máximo y mínimo es 2,6. Esto significa que la comuna del nivel más alto contiene casi dos veces y media la mortalidad de la comuna del nivel más bajo.

La expansión de la informalidad en la comuna 8 comenzó en 1979, con la construcción del complejo habitacional social Soldati, en el que se alojó población erradicada de otras villas de capital. En 1983, se crea la villa 3, en 1995, surge la villa “Los Piletones”, en 2001 se instala un número creciente de familias debajo de la autopista, AU 7, que poco después serán relocalizados al descampado cerca del Riachuelo, generando un asentamiento de alto riesgo ambiental. En 2003 se forman tres nuevas villas miserias: Dulce, Calacita y Carrillo II, marcando un escenario inédito de expansión de la informalidad en la zona.

Los CeSACs son establecimientos que se encuentran insertos dentro de los barrios, especialmente en las zonas con mayor población con NBI, que implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad que habita en el área, acorde a los principios de atención primaria de la salud.

Si se contabiliza la totalidad de consultas brindadas por los CeSAC en 2013, y se obtiene la proporción de consultas brindada por cada centro, se puede observar que el CeSAC que mayor proporción de consultas médicas brinda es el CeSAC 5 ubicado en las villas de Lugano (cerca del 7% de las consultas totales del año). También se ubican entre los principales prestadores de consultas médicas el CeSAC 21 de las villas de Retiro y el 24 de las villas de Soldati (Macció: 2014).

En lo que respecta a salud, el 40,9% de los habitantes de la comuna 8 no contaban con cobertura médica paga en salud en

3 Piñeiro, I. (5 de Enero de 2014) Alquiler en la Villa 31, más caro que en algunos barrios. Perfil. Recuperado de <http://www.perfil.com/sociedad/Alquiler-en-la-Villa-31-mas-carro-que-en-algunos-barrios-20140105-0023.html>. En la nota se afirma que según datos de la Encuesta Anual de Hogares, el 30% de los habitantes de las villas son inquilinos.

4 Derechos Humanos Argentina 2012, CELS <http://www.cels.org.ar/common/documentos/Informe2012.pdf>

2013, esto es un porcentaje 10 veces mayor en comparación con la Comuna 14, en la que sólo el 4,6% depende exclusivamente del sector público. En la Comuna 1, el porcentaje desciende a 35,5% y en la Comuna 1 a 31,5% pero continúa siendo significativo el contraste con las Comunas del norte de la Ciudad.

Referido a la autopercepción sobre su estado de salud, con fuente en el PIDH, se indagó durante 2012 acerca del estado de salud de los habitantes de las villas. Un 33% de los encuestados de las villas de Lugano y un 24% de las villas de Soldati consideraron su estado general de salud regular o malo y cerca del 15% de las personas indicó tener muy buena salud en las villas de Lugano, cerca del 32% lo hizo en las villas del barrio Soldati. Sin embargo, “Cuando se consulta a los encuestados acerca de los problemas y necesidades vinculados a la atención de la salud, la respuesta más frecuente es que no tienen problemas o no tienen necesidades concretas” (Macció: 2014:17).

Según Macció, los principales inconvenientes aludidos por los habitantes de todas las villas, más allá de que muchos hacen referencia a la “falta de problemas”, son la falta de turnos y abarrotamiento, y la falta de médicos y medicamentos. Las principales necesidades señaladas son la falta de especialistas (particularmente en Bajo Flores) y médicos y medicamentos, en las villas de Lugano y Soldati. Los entrevistados aducen que los CeSaC tienen poca capacidad para responder a las necesidades reales de la población, si bien valoran positivamente estos centros de atención, destacan que la demanda supera a la oferta: se otorgan pocos turnos, largas esperas para ser atendidos y horarios muy acotados de atención. Debemos agregar que con frecuencia las ambulancias del SAME tienen renuencia a ingresar a los barrios informales, lo que genera serios inconvenientes al tratamiento urgente que requieren las emergencias. En Barracas “El SAME entra acompañado por la Policía Federal o la Policía Metropolitana” (PIDH: 2013).

En el CeSaC N° 24, ubicado en la Comuna 8 que -pesar de ser la Comuna con más alto índice de población sin cobertura de salud- no cuenta con hospitales públicos. Por el contrario, hay una mayor concentración de hospitales públicos en la Comuna 4, del barrio de Palermo, con la mayor cantidad de habitantes con cobertura de salud: el 95,4% de la población de esta Comuna tiene medicina prepaga u Obra Social. Los CeSaC se concentran particularmente en la zona Sur de la Ciudad. Según la Dirección General de Estadística de CABA, el CeSaC N° 24 –dependiente del Hospital de Agudos Parmenio Piñero- tiene una concurrencia frecuente, el 4% del total de las consultas de 2013, lo que lo ubica entre los más utilizados, después del CeSaC 5 que se encuentra también en las villas de Lugano, que se encuentra entre la villas NHT/Del trabajo y Los Perales. El 77% de las mujeres en edad fértil carecen de cobertura médica en Villa Soldati, y el 74% en Lugano.

En términos de homogeneidad de demandas entre CeSaCs, los pacientes que acuden a centros públicos cuentan con niveles de pobreza similar, independientemente de la localización de los mismos (Maceira: 2008).

En cuanto a los profesionales, un trabajo realizado por Alemán (et al: 2010) a 36 profesionales de 36 de los 37 CeSaC de la CABA, arrojó como resultado que el 32,9% de ellos desconocía la disponibilidad de refugios o albergues públicos para la protección de las víctimas de violencia de género y el 39,9% desconocía la existencia de programas de protección para niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, el 84% manifestó conocer la existencia de instancias de asesoría legal en el área de influencia de la institución donde realiza sus prácticas.

El 24% de los habitantes de las villas de Lugano, y el 30% de quienes pueblan las de Soldati, están poco o nada conformes con la atención recibida en los centros de salud. (Fuente: DGE-CABA).

La situación económica es un condicionante en la utilización de los servicios de salud, que se traduce en un uso más restringido de los mismos por parte de los sectores atravesados por la pobreza y vulnerabilidad social (Margulis: 2004).

En los sectores populares, la cultura referida a lo sexual y las relaciones entre géneros se encuentra muy influida por los patrones tradicionales de masculinidad, virilidad, restricciones y vigilancia sobre todo en lo que refiere al control sobre las hijas adolescentes (Margulis: 2004). Se evidencia en la determinación de los roles estereotipados de género acerca de la iniciativa sexual. Varones y mujeres afirman que generalmente la iniciativa es del varón (Kornblit y Méndez Diz: 2003).

Con respecto a los adolescentes en barrios de vulnerabilidad social, en el trabajo realizado en la Villa 20 (Checa et al: 2005), se observó que existían dificultades en torno al desarrollo de la vida sexual adolescente, tales como dificultades para acceder a los servicios de salud, la limitada difusión de materiales de los Programas específicos de prevención, la reproducción de estereotipos que refuerzan la desigualdad de género por parte de las instituciones escolares y familiares, la falta de oportunidades laborales, todas situaciones que tienen como consecuencia una mayor vulnerabilidad y la existencia de embarazos no deseados y abortos realizados de manera clandestina en condiciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres. Si bien el material de promoción de la salud es escaso, el sólo conocimiento de su existencia no desemboca en prácticas de cuidado de la salud. La educación de la vida íntima y “femenina” también conlleva una especial atención a la salud (clínica-biológica) en las mujeres.

Hay, además, un menor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en los barrios de mayor vulnerabilidad social (Margulis: 2004).

En el caso particular de los adolescentes varones, Stolkiner (2006) afirma que generalmente llegan a los centros de salud acompañados de sus madres u otros familiares y no acuden de forma espontánea.

Se observa una menor concurrencia por parte de los varones a las consultas médicas, principalmente vinculado a factores ligados a la reproducción de estereotipos de género, por lo que se vuelve necesario crear estrategias que acerquen a los varones adolescentes a los servicios de salud sexual, para disminuir el porcentaje de enfermedades contraídas por vías infecciosas, como el HIV y el HPV (Kornblit: 2003).

Con respecto a la promoción de la salud sexual, las herramientas para la promoción de los derechos sexuales y derechos de salud en general, deben atender las determinaciones culturales, siempre pensando desde una perspectiva de género cuyos destinatarios también sean los varones adolescentes, para lograr igualdad en el tratamiento, así como también problematizar sobre los estereotipos sociales acerca de cómo ser hombre y cómo ser mujer que proyectan maneras de ordenamiento social y relaciones de poder absolutamente desiguales (Carpineta et al: 2013). El hecho de que un 44% de las mujeres adolescentes manifiesten saber que pueden realizar un test de embarazo sin compañía de un adulto, frente a un 37% de los varones (Carpineta et al: 2013), sugiere que hay un mayor conocimiento de las mujeres en lo relativo a salud sexual y reproductiva, pero que el porcentaje aún entre ellas es bajo, ya que un 56% lo desconoce.

Si bien en los diversos CeSaC funcionan Programas destinados a la Procreación Responsable y la salud sexual adolescente, por lo general, los adolescentes no tienen información sobre éstos, entonces los profesionales suelen atraerlos, en algunos casos asistiendo a brindar talleres de educación sexual a las escuelas, y en otros casos derivándolos a partir de consultas realizadas en las guardias (Kornblit: 2005). Esto nos da la pauta de un bajo índice de conocimiento de sus derechos.

Los programas de promoción de la salud y de Educación Sexual Integral, deben vincularse con otras instituciones que transitan los adolescentes o que tienen una relevancia cultural: la escuela, los medios de comunicación, etc. (Checa et al: 2005).

En cuanto a los servicios de salud, que el enfoque en los servicios de salud posea aun vestigios de una orientación en el paradigma que responde al Modelo Médico Hegemónico (MMH) produce dificultades en el acceso a la población juvenil. La medicina comunitaria debe tomar en cuenta la presencia de las prácticas de Autoatención para complementarlas con los servicios que brinda, y tejer lazos comunitarios así como establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual y realizar diagnósticos adecuados para un eficaz tratamiento y rehabilitación (Menéndez: 1974).

Necchi (2004) afirma que las opiniones de los usuarios de los servicios presentan un alto grado de fragmentación. Lo primero que reconocen como problema es la falta de insumos y en segundo lugar las esperas.

De la bibliografía consultada surge también un desconocimiento por parte de los profesionales respecto de las leyes referidas al área de salud. De esto se desprende una necesaria capacitación para un mejor abordaje del trabajo con adolescentes que se traduzca en una mejor calidad en salud.

El nuevo marco legal, de protección integral de derechos, que se plasma en las leyes que mencioné con anterioridad -Ley de parto humanizado, Ley de derechos del paciente, las que crean los programas de Salud Sexual y Procreación responsable, La ley de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes- requiere además de mecanismos para su efectivo cumplimiento en el marco de políticas públicas de largo alcance.

La OPS (Organización Panamericana de la Salud), propone una serie de estrategias de operacionalización de la perspectiva de género en los servicios de salud reproductiva, con diversos indicadores tales como la capacitación de los profesionales desde un enfoque de género, el mejoramiento del acceso del hombre a todos los servicios de salud reproductiva, el replanteo de normas y procedimientos que contemplen el enfoque de género en el sector salud, la coordinación con otros sectores como la educación, entre otros ●

Bibliografía

Adaszko, A. (2007). *Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: UNICEF/CEDES.

Aleman, M., Vernaz, D., Tilli, G., Mazur, V., Sammartino, B. R., Marconi, A., & Antman, J. (2010). Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de Atención Primaria de Salud en Ciudad de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*, 1(5), 22-27.

Bourdieu, P. (2015). La dominación masculina. *Revista de estudios de género. La ventana*, 3, 1-95.

Boltanski, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Ediciones Periferia.

Carpineta et al (2015). Acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia. Diagnóstico de situación en alumnos de escuelas técnicas del GCBA desde una perspectiva

- de género 2012-2013. Ponencia presentada en las *XI Jornadas de Sociología* de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2015.
- Checa, S. (2003) (Comp.). Introducción. En *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Checa, S., Erbaro, C., Shvartzman, E., Tapia, S. (2003). *Calidad de la Atención Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género y derechos en efectores públicos de CABA*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Checa, S., Casas, L., Erbaro, C., Gutiérrez, M.A., Perrotta, G., Shvartzman, E., Vivanco, M. (2005). Intervenciones en comunicación para la promoción de derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género en sectores populares urbanos, Presentado en *PLURALIDADES. Quintas Jornadas Nacionales de Investigación Social de Infancia y Adolescencia, la Convención de Derechos del Niño y las Prácticas Sociales* Institución: Foro por los Derechos Reproductivos y proyecto UBACyT -Ciencias Sociales – UBA.
- DGEyC (Dirección General de Estadística y Censos) (2010). *Resultados Provisionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010 en la Ciudad de Buenos Aires*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/resultados_provisionales_censo_2010.pdf - (2012).
- Encuesta Anual de Hogares (2012). *Síntesis metodológica*. Ciudad de Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Erbaro, C. (2012). El desarrollo del sistema integral de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires. Situación actual. En del Valle Messi, M. y Danieli, M.E. (Comps.). *Sistemas de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes: recorridos y perspectivas desde el Estado y la sociedad civil*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Fernandez, A. M. (1993). *La invención de la niña*. Buenos Aires: Unicef Arg.
- Ibañez Gracia, T. (1988). *Representaciones sociales: teoría y método. Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- Kornblit, A., Diz, A. M. M., Camarotti, A. C., Di Leo, P. F., & Adaszko, D. (2005). *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Kornblit, A. L., & Diz, A. M. M. (2003). Respuestas de los varones a preguntas sobre su sexualidad: de las diferencias por sexo al enfoque de género. *Revista de psicología general y aplicada. Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 56(3), 391-403.
- Lamas, M. (2004). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco. *Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 7(18), 95-118.
- Laplacette, G., Vignau, L., Suarez, N., & Da Representação, N. (2009). Enseñando Metodología de la Investigación. Análisis de experiencias. *Revista de la Maestría en Salud Pública*, 7(14), 1-13.
- Laurell, Asa Cristina (1982). La Salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales* (nº 19). Rosario: Asociación Médica de Rosario.
- Lozano, C. y Haimovich, A. (2014). *Vulnerabilidad social en la Ciudad de Buenos Aires*. Instituto de Pensamiento y Políticas Públicas. Recuperado de: <http://www.ipyp.org.ar/descargas/Condiciones%20de%20Vida%20en%20la%20Ciudad%20de%20Buenos%20Aires.pdf>
- Macció, J. Y Lépore, E. (2012). Las villas en la Ciudad de Buenos Aires. Fragmentación espacial y segmentación de las condiciones sociales de vida. En Lépore, E. (coord.). *Capacidades de desarrollo y sociedad civil en las villas* (pp. 43-114). Buenos Aires: Editorial de la Universidad Católica Argentina.
- Macció, J. *Condiciones de Salud en las Villas de la Ciudad de Buenos Aires*. Recuperado de: <http://www.enduc.org.ar/enduc8/trabajos/trab309.pdf>
- Maceira, D. (2008). Propuesta de Evaluación de Estrategias de Atención Primaria en Salud. Una aplicación al caso de la Ciudad de Buenos Aires. En *4to Congreso Nacional de Políticas Sociales*, Vol. 12, p. 13.
- Matamala, M. y otras (1995). *Calidad de la Atención Género. ¿Salud reproductiva de las mujeres?* (mimeo). Chile.
- Menendez E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo.
- Menendez, E. (2008). Salud pública: sector estatal, ciencia

aplicada o ideología de lo posible. En *Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* (pp. 103-122). Washigton, D.C.: OPS.

Moscovici, S. (1981). *Representaciones sociales*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

OPS (1995). *Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, San Salvador (mimeo).

Organización Mundial de la Salud (2001). *Derechos, Género, Evidencia, Sistemas de salud Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva*.

Petracci, M. (2004) (Coord.). *Mesa debate: Calidad de atención en salud*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Petracci, M. (2005). La perspectiva de los profesionales de la salud sobre la calidad percibida por los usuarios/as: dos opiniones en coincidencia. *Question*, 1(7).

PIDH (2013). *Relevamiento de disponibilidad y acceso a servicios públicos en siete villas de la Ciudad de Buenos Aires, 2013*. Buenos Aires: UCA.

Rostagnol, S. (2003). Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos. *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2002-2003*, 39-55.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.

Stolkiner A, et al (2006). El concepto de accesibilidad y la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones Vol. XIV*. Buenos Aires: Facultad de Psicología. UBA.

Vazquez Gamboa, M.O. (2009) (Comp.). *Adolescentes en América Latina. ¿Ciudadanía o exclusión? La Responsabilidad de los Estados*. Buenos Aires: Ediciones DNI Sección Argentina.

Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. Barcelona: Paidós.