UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"Adolescentes Embarazadas: Un análisis de la prestación de los servicios de Trabajo Social desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, a la luz de la Política Social en Salud dirigida a esta población, durante los años 2011 y 2012".

Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social

Sustentantes:

- **Silvia Anchía Peña**
- **Diana Badilla Mejía**
- **Andrea Cordero Barrientos**
- **Katia Marín Cascante**

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica
2012

Tribunal Examinador

MSc. Vera Ovares Sandí.
Directora de TFG

Licda. Carolina Navarro Bulgarelli.
Lectora.

MSc. Gina Coto Villegas.
Lectora.

Dra. Rita Meoño Molina.
Preside.

Lic. Marcos Chinchilla Montes.
Profesor Invitado.

Sustentantes

Andrea Cordero Barrientos.
A51689.

Katia Marín Cascante.
A43138.

Diana Badilla Mejía.
A60658.

Silvia Anchía Peña.
A60344.

Agradecimiento

Agradecemos a Dios por permitirnos concluir una meta tan importante en nuestras vidas, por darnos fortaleza, sabiduría y estar con nosotras en todas las etapas de este proceso.

A nuestros padres y madres, porque gracias a su gran esfuerzo iniciamos esta carrera, y su apoyo constante nos permite hoy concluirla con éxito.

A nuestras hermanas y hermanos, por su apoyo incondicional, por la paciencia que nos tuvieron, y por la ayuda que de distintas formas nos brindaron.

A los profesores que formaron parte de nuestro Tribunal Examinador, quienes nos trasmitieron su conocimiento y experiencia de la mejor manera.

A todas nuestras amigas, amigos y parejas que estuvieron cerca, que nos brindaron su apoyo y nos recordaron sacar tiempo para nosotras durante este proceso.

A todos ustedes dedicamos este logro, y los que vendrán en nuestra carrera como Trabajadoras Sociales.

Silvia, Diana, Andrea y Katia

Tabla de Contenidos

Tabla de Contenidos iii
Índice de cuadros. viii
Índice de Tablas. viii
Índice de Esquemas viii
Lista de Acrónimos. ix
Presentación viii
Introducción 1
Justificación 3
CAPÍTULO I 7
Estado del Arte 7
1.1. Embarazo y maternidad adolescente. 8
1.2. Programas y Políticas de atención a la adolescente embarazada y a la adolescente madre. 14
1.3. Atención en Salud. 22
1.4. Conclusiones del Estado del Arte. 25
CAPITULO II 27
Delimitación de la Investigación 27
I. Tema de Investigación. 28
II. Problema de Investigación. 28
III. Objeto de Estudio de la Investigación. 29
IV. Objetivos de la Investigación. 29
Objetivo General. 29
Objetivos Específicos. 30
CAPITULO III 31
Estrategia Metodológica 31
I. Sustento Teórico Metodológico de la Investigación. 32

i. Perspectiva Hermenéutica Crítica..... 32
ii. Metodología Cualitativa..... 34
iii. Descripción de la Estrategia Metodológica. 35
iv. Etapas de la Investigación. 37
Técnicas a utilizar:..... 40
Técnica de Análisis de la Información: La Triangulación. 41
CAPÍTULO IV 44
Contextualización teórica y jurídica de la política social de atención a la población adolescente embarazada en Costa Rica.....44
4.1. Referentes Conceptuales..... 45
4.1.1. Salud como producto social. 45
4.1.2. Adolescencia. 47
4.1.3. Embarazo Adolescente desde una perspectiva de género. 51
4.1.4. Construcción cultural e histórica del embarazo en adolescentes..... 60
4.1.5. Caracterización de la población adolescente. 63
4.1.6. Caracterización de la población adolescente embarazada. 64
4.1.7. Paternidad Adolescente..... 67
4.2. Referente Contextual..... 68
4.2.1. Estado. 68
4.2.2. Política Social y Política Social en Salud. 70
4.2.3. Sistema de Salud Costarricense: Programa de Reforma del Estado y su impacto en el sector salud. 72
4.3.1. Historia de la atención en salud en Costa Rica. 77
4.4. Proceso de Trabajo..... 87
4.4.1. Cuestión Social. 88
4.4.1.1. Desigualdad social y su influencia como factor detrimente de la salud. 89
4.4.2. Trabajo Social. 90
4.4.3. Medios o Instrumentos. 92
4.4.4. Elemento ético-político del quehacer profesional. 99
4.4.5. Resultados de los Procesos de Trabajo. 100
4.5. Referente Legal.....101
4.5.1. Fundamento Jurídico de la Atención a la Población Adolescente Embarazada. 101

4.5.1.1. Política Internacional en relación con la población adolescente.....102
4.5.1.2. Política Nacional en relación con la población adolescente.....106
4.5.1.3. Política Institucional sobre salud y atención a la adolescencia.....128
Capítulo V.....137
Procesos de Atención a las Adolescentes Embarazadas desde los Centros de Salud.....137
5.1. Contexto Institucional.....138
5.1. Trabajo Profesional.....143
5.1.2. Hospital México.....143
5.1.3. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.....149
5.1.4. Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.....153
5.1.5. Hospital San Juan de Dios.....160
5.2. Población Atendida.....169
5.2.2. Rango de edad.....169
5.2.3. Nivel de escolaridad.....170
5.3.3 Deprivación socio-cultural.....171
5.3.4 Conductas de riesgo.....171
5.3.5 Conductas sexuales de alto riesgo.....173
5.3.6 Problemáticas familiares.....173
5.3.7 Abandono del hogar.....174
5.3.8 Problemas socioeconómicos.....175
5.3.9 Relaciones de poder abusivas.....175
5.4 Análisis de los procesos de trabajo de los y las profesionales.....176
5.4.3 Captación de las Adolescentes Embarazadas por Trabajo Social.....176
5.4.4 Trabajo Interdisciplinario.....177
5.4.5 Coordinación Interinstitucional.....177
5.4.6 Medios e Instrumentos.....178
5.4.7 Modelos de Atención.....179
5.4.8 Ejes temáticos Abordados.....180
5.4.9 Fundamento Ético Político.....181
5.5 Fundamento Jurídico.....182
5.5.3 Marco normativo internacional.....183

5.5.4 Marco Normativo Nacional. 185
5.5.5 Lineamientos Institucionales. 189
5.6 Fortalezas y desafíos de los procesos de trabajo 190
5.6.1 Principales fortalezas de los procesos de trabajo. 191
5.6.2 Principales desafíos de los procesos de trabajo. 192
CAPÍTULO VI 195
Lineamientos para la Atención a las Adolescentes Embarazadas desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva 195
6.1. Introducción 196
6.2. Propósitos a Abordar con la Población Adolescente Embarazada 197
6.3. Referente conceptual. 198
6.3.1. Adolescencia. 198
6.3.2. Salud Integral. 199
6.3.3. Enfermedades de Transmisión Sexual 199
6.3.4. Métodos anticonceptivos 201
6.3.5. Autoestima 202
6.3.6. Violencia Intrafamiliar. 203
6.3.7. Resiliencia. 204
6.3.8. Proyecto de Vida. 205
6.4. Referente Jurídico 205
6.4.1. Política Nacional en relación con la población adolescente. 206
6.4.2. Política Internacional en relación con la población adolescente. 212
6.5. Proceso Metodológico. 214
6.5.1. Eje de Atención. 214
6.5.3. Eje de Capacitación. 219
6.5.4. Eje de Investigación. 220
6.5.5. Eje de Evaluación. 221
Capítulo VII 223
Conclusiones y recomendaciones 223
7.1 Conclusiones 224
7.2 Recomendaciones 226
Bibliografía. 230

Referencias Electrónicas. 237
Artículos de periódico consultados. 240
Entrevistas. 240
Anexos 242
Anexo 1 243
Anexo 2 244
Anexo 3 245
Anexo 4 246
Anexo 5 248
Anexo 6 250
Anexo 7 252
Anexo 9 258
Anexo 10 260
Anexo 11 262
Anexo 12 263
Anexo 13 264
Anexo 14 265

Índice de cuadros.

Cuadro 1 35
Cuadro 2 39
Cuadro 3 158
Cuadro 4 180
Cuadro 5 201
Cuadro 6 202

Índice de Tablas.

Tabla 1 4

Índice de Esquemas.

Esquema 1 148
Esquema 2 153
Esquema 3 160
Esquema 4 164
Esquema 5 219

Lista de Acrónimos.

AyA	Acueductos y Alcantarillados
C.C.S.S.	Caja Costarricense del Seguro Social
C.E.D.A.W.	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Siglas en Inglés: Committee on the Elimination of Discrimination against Women)
C.E.N.A.D.R.O.	Centro Nacional de Drogas
C.E.N.D.E.I.S.S.S.	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
C.E.P.A.L.	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
C.I.N.U.	Centro de Información de las Naciones Unidas
C.M.F.	Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia
C.N.N.A.	Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (Ecuador)
E.B.A.I.S.	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
E.B.A.I.S.	Equipos de Atención Integral en Salud
E.T.S.	Enfermedades de Transmisión Sexual
E.U.N.E.D.	Editorial Universidad Nacional a Distancia
F.O.D.A.	Fortalezas, Oportunidades, Desafíos, Amenazas
H.C.G.	Hospital Dr. Calderón Guardia
H.O.M.A.C.E.	Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva
H.S.J.D.D.	Hospital San Juan de Dios
I.A.F.A.	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

I.M.A.S.	Instituto Mixto de Ayuda Social
I.N.A.M.U.	Instituto Nacional de las Mujeres
I.N.C.I.E.N.S.A.	Instituto de Investigación en Nutrición y Salud
I.N.E.C.	Instituto Nacional de Estadística y Censos
I.N.S.	Instituto Nacional de Seguros
I.T.S.	Infecciones de Transmisión Sexual
J.P.S.S.J.	Junta de Protección Social de San José
M.E.P.	Ministerio de Educación Pública
M.I.D.E.P.L.A.N.	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
M.S.	Ministerio de Salud
M.U.S.A.D.E.	Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo
O.F.I.M.	Oficina local de la Mujer
O.M.S.	Organización Mundial de la Salud
O.N.G.	Organización No Gubernamental
O.N.U.	Organización de las Naciones Unidas
O.P.S.	Organización Panamericana de la Salud
P.A.I.A.	Programa de Atención Integral al Adolescente
P.A.N.I.	Patronato Nacional de la Infancia
P.E.N.S.P.A.	Plan Estratégico Nacional de Salud de la Persona Adolescente
P.R.O.C.O.S.I.	Programa de Coordinación en Salud Integral
S.E.M.P.R.O.	Sistema de Información Monitoreos y Evaluación de Programas Sociales
S.I.D.A.	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
U.C.R.	Universidad de Costa Rica

U.N.I.C.E.F.	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Siglas en Inglés: United Nations International Children´s Emergency Fund)
V.I.F.	Violencia Intrafamiliar
V.I.H.	Virus del S.I.D.A

Resumen Ejecutivo.

Anchía, Silvia; Badilla, Diana; Cordero, Andrea; Marín Katia. (2012) **Adolescentes Embarazadas: Un análisis de la prestación de los servicios de Trabajo Social desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, a la luz de la Política Social en Salud dirigida a esta población, durante los años 2011 y 2012.** Seminario de Graduación para Optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Directora de la Investigación: MSc. Vera Ovares Sandí.

Palabras Clave: Adolescentes Embarazadas, Política Social, Caja Costarricense de Seguro Social, Tercer Nivel de Atención, Trabajo Social, Procesos de Trabajo.

El seminario parte de la interrogante ¿Cómo se expresa la Política Social dirigida a las Adolescentes Embarazadas, a través de los procesos de trabajo de los y las Trabajadoras Sociales para la atención a esta población, desde los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva?, la cual se plantea a partir de una revisión bibliográfica que evidenció la ausencia de un estudio que identificara las maneras en que se operacionaliza la política social de atención a las adolescentes embarazadas en la Caja Costarricense de Seguro Social.

Así mismo, se determinó la necesidad de un documento que recopilara la totalidad de lineamientos legales, nacionales e internacionales, que competen a la atención de esta población desde el sector salud.

Desde esa revisión bibliográfica preliminar, se construyó el objeto de estudio, el objetivo general, y los objetivos específicos, los cueles se orientaron a:

a- Recuperar los lineamientos que conforman la Política Social en Salud dirigida a las Adolescentes Embarazadas, con el fin de constituir un marco de referencia para el análisis de los procesos de trabajo de los y las Trabajadoras Sociales en la atención a ésta población.

b- Identificar, a partir la Política Social dirigida a las Adolescentes Embarazadas, los procesos de trabajo de los y las Trabajadoras Sociales en la atención a esta población.

c- Construir recomendaciones concretas para la atención de Adolescentes Embarazadas desde los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, para potenciar los procesos de trabajo de los y las profesionales en Trabajo Social.

El camino a conocer el objeto de investigación fue a partir de una metodología hermenéutica crítica, que permitió hacer lectura de la realidad a partir de la observación directa del contexto y la apreciación e interpretación de experiencias.

Todo este proceso dio como resultado un análisis de los servicios sociales en salud, desde el tercer nivel de atención de la Caja Costarricense del Seguro Social, logrando con ello identificar la concreción del marco legal y sus distintas expresiones desde los procesos de trabajo de las Trabajadoras Sociales de los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

Finalmente, la investigación permitió elaborar conclusiones y recomendaciones que se convierten en el aporte del equipo de investigadoras para la institución estudiada y para los y las profesionales en Trabajo Social dedicadas o involucradas en el trabajo con adolescentes embarazadas desde el sector salud.

Presentación.

La presente investigación corresponde al Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, cuyo tema de investigación se denomina "*Política Social dirigida a la población de adolescentes embarazadas, y la expresión de los procesos de atención de las y los profesionales de Trabajo Social, desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, durante los años 2011 y 2012*", la cual busca hacer un análisis del trabajo profesional de los y las Trabajadoras Sociales en la C.C.S.S., dirigido a la población de adolescentes embarazadas, con la finalidad de determinar su pertinencia respecto a la Política Social existente para ese grupo poblacional.

La Memoria del Seminario de Graduación se organiza en seis capítulos a mencionar:

Capítulo I, Estado del Arte se hace referencia a los antecedentes de la investigación; esta realizado a partir de la revisión exhaustiva de la documentación relacionada con el tema del embarazo y maternidad adolescente, programas y políticas sociales de atención a la adolescente embarazada y a la adolescente madre y la atención en salud a la misma población, en los diferentes centros de documentación nacionales.

Capítulo II, denominado Delimitación de la Investigación, presenta el tema de investigación que se desarrolla en el Seminario, así como el problema de investigación al cual se da respuesta y los objetivos que lo guían. De la misma forma se expone la estrategia metodológica a seguir para dar con los resultados esperados en el trabajo final de graduación.

Posteriormente en el Capítulo III, Fundamento Teórico se menciona el bagaje teórico que sustenta la presente investigación, proponiendo cinco elementos básicos a desarrollar: Cuestión Social, Medios e Instrumentos, Contexto, Procesos de Trabajo y Resultados.

Con respecto al Capítulo IV, de Mediaciones en la Atención a la Adolescente Embarazada, se realiza un listado de las políticas sociales y leyes a nivel internacional, nacional e institucional que se convierten en los lineamientos para la atención de las adolescentes embarazadas en el área de la salud.

Los hallazgos que arroja el trabajo de campo realizado en los Hospitales San Juan de Dios, México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva por parte de las investigadoras, se presentan en el Capítulo V, llamado Procesos de Atención a las Adolescentes Embarazadas desde los Centros de Salud, que tiene como referencia la observación no participante llevada acabo, y las entrevistas a las y los distintos profesionales que se relacionan en los procesos de trabajo para la ejecución de los programas y proyectos de atención a las adolescentes embarazadas.

Finalmente en el Capítulo VI, Conclusiones y Recomendaciones se exponen las fortalezas y desafíos más importantes que se encuentran en el trabajo de campo en los centros de salud estudiados, y a partir de estos se plantean recomendaciones para el mejoramiento de los procesos de trabajo profesional de Trabajo Social en éstos.

Introducción.

Quienes han estudiado el tema, han coincidido en que el embarazo en la adolescencia es un tema complejo. Las adolescentes que atraviesan procesos de gestación aumentan deben hacer frente además, a una serie de factores de riesgo asociados con el embarazo en esta etapa, tanto físicos, económicos, como emocionales y sociales, los cuales vienen a influir en la adolescente y a su entorno familiar, afectando su desarrollo y por ende, su proyecto de vida.

En las últimas décadas el embarazo en la adolescencia se ha convertido en un tema de relevancia pública, dada la alta tasa de incidencia a nivel nacional. Para el año 2011, se reportan 13.867 partos de mujeres menores de 19 años, lo cual corresponde al 18% del total de partos reportados a nivel nacional, cifra que ha variado poco desde 1998, (I.N.E.C., 2011). Lo anterior ha generado la inclusión del tema en la agenda pública y por ende la formulación de una serie de políticas sociales que pretenden disminuir la incidencia del embarazo en mujeres en la etapa adolescente.

Tanto a nivel internacional como nacional y desde las diversas instituciones y organizaciones, se han diseñado políticas para tratar de frenar y contrarrestar el embarazo en adolescentes y las repercusiones sociales que están asociadas a este. Ese cuerpo de política social pretende, por un lado, garantizar y proteger derechos, por otro servir de guía para la atención de esta situación desde diferentes ámbitos.

Una de las áreas importantes desde donde esta política ha planteado ejercer sus efectos es en el sector salud, por sus alcances a nivel de cantidad de población y por su visión de trabajar diferentes componentes de la salud a través de la educación, y la promoción de prácticas saludables.

En los Hospitales San Juan de Dios, México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, se brindan servicios en salud a buena parte de la población del Gran Área Metropolitana, y por su naturaleza de Hospitales Nacionales y especializado, también a personas de otras provincias, por lo que un elevado número adolescentes en estado de embarazo son usuarias de diferentes servicios, programas y proyectos con los que se cuenta en estos centros de salud, demandando una atención integral en su control prenatal, parto y postparto, donde no solamente se trate su embarazo desde el ámbito físico, sino que también se tomen en

cuenta situaciones socioeconómicas y emocionales que implica la condición de embarazo en la adolescencia.

La presente investigación se desarrolla en estas instituciones en donde se operacionaliza la política social en salud dirigida a Adolescentes Embarazadas, y donde se ejecutan, de las formas más diversas, los lineamientos para la atención de las adolescentes en estado de gestación.

Para el análisis que se propone, se presenta un marco compuesto por las distintas políticas sociales, nacionales, internacionales e institucionales, que se plantean para la atención en salud de las adolescentes desde los centros de salud, a partir de las cuales se realiza un análisis de los procesos de trabajo de los y las profesionales en Trabajo Social de los Hospitales San Juan de Dios, México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, tomándose en cuenta los lineamientos dictados en las mismas políticas.

De esta forma, se lleva a cabo un trabajo de campo en el que se realizaron observaciones no participantes de los distintos procesos de trabajo en los que se vincula Trabajo Social, insertándose en los centros de salud mencionados, de forma directa en sus programas y proyectos orientados a la atención de adolescentes embarazadas, además se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas a las y los distintos profesionales que se involucran en éstos.

Así, uno de los principales aportes de esta investigación se basa en el desarrollo de un análisis de los servicios de salud investigados, en el cual se identificaron fortalezas y desafíos que enfrentan los procesos de trabajo desarrollados por Trabajo Social en los centros de salud estudiados, en contraste con la política social, en un intento por develar las razones por las cuales, a pesar de la existencia de un cuerpo de política social importante, y de los esfuerzos multi-sectoriales, los índices de embarazos en adolescentes, en vez de disminuir, se han mantenido en las mismas cifras aproximadas durante más de una década. De ese análisis se desprenden recomendaciones por parte de las investigadoras para el mejoramiento de procesos de trabajo, pretendiendo de esta manera, que respondan de forma clara a los lineamientos que plantea la política social.

Justificación

Para el análisis de la atención en salud de las adolescentes embarazadas, es necesario hacer comprensión de la etapa de la vida en la cual se asume una gestación. La adolescencia debe considerarse como un proceso de cambios y transformaciones que determinan un estado transitorio entre la niñez y la adultez.

Generalmente este período se encuentra marcado por el inicio de cambios físicos, la construcción de una identidad personal, el cuestionamiento de los esquemas sociales establecidos, e idealmente está dedicado al aprendizaje, la preparación y maduración para una vida adulta.

Desde esta perspectiva se pone en evidencia que la adolescencia por si sola es un período convulso, por lo cual, una situación socialmente pensada para la etapa adulta por sus implicaciones emocionales, físicas y económicas como lo es el embarazo, podría acarrear retos y conflictos para la adolescente embarazada. Por esta razón, el embarazo adolescente ha sido considerado una situación de riesgo tanto para la adolescente como para su futuro hijo o hija.

Para fines de esta investigación se retomará la definición según el Artículo N°1 de la Ley General de Protección a la Madre Adolescente N°7735, que entiende por madre adolescente a toda mujer menor de 18 años de edad, embarazada o que, sin distinción de su estado civil, tenga al menos un hijo o una hija; enfatizando en ese primer período de la maternidad, es decir el embarazo.

Según Guzmán (1997), el embarazo adolescente limita en gran medida las oportunidades de la mujer de desarrollarse de manera autónoma, tanto por la inmadurez emocional como fisiológica, lo que a su vez, implica cambios en las circunstancias afectivas, sociales y económicas que desencadenan importantes crisis situacionales, producto de un embarazo temprano.

El embarazo en adolescentes supone un impacto a nivel social, traducido en circunstancias como deserción escolar, desempleo y bajos ingresos, entre otras, por lo que se vincula a la llamada “feminización de la pobreza”, situación que repercute en la vida tanto de la adolescente madre como de su hijo o hija.

En Costa Rica, desde la década de los años 80, el tema del embarazo adolescente fue colocado como “problema de salud pública” ante el incremento significativo en el

número de partos de mujeres adolescentes y debido a las posibles consecuencias que ello puede significar en el desarrollo personal, social y económico tanto de la madre como de su hijo o hija. Lo anterior dio lugar a un marco legal que respalda los derechos de esta población y regula la atención que el Estado debe brindar.

Pese a lo anterior, los datos revelan que los esfuerzos del Estado por abordar la temática no han sido suficientes, pues no se identifica una disminución significativa de los números en embarazos de niñas y adolescentes. Durante los últimos diez años, Costa Rica ha manejado un aproximado de 500 embarazos anuales en personas menores de 15 años y alrededor 13.500 casos en adolescentes mayores de 15 y hasta los 19 años (I.N.E.C., 2011). Esta información se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 1

Total de nacimientos por grupos de edad de la madre, según provincia de residencia de la madre, 2011

Provincia de residencia de la madre	Total	**Grupos de edades de la madre**								
		Menos de 15	15 - 19	20 – 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 y más	Ignorada
Costa Rica	**73 459**	**476**	**13 391**	**21 375**	**18 750**	**12 312**	**5 547**	**1 250**	**84**	**274**
San José	22 854	115	3 670	6 504	6 016	4 172	1 870	393	26	88
Alajuela	14 748	105	2 657	4 413	3 872	2 339	1 039	246	12	65
Cartago	7 316	40	1 254	2 091	1 884	1 303	575	146	6	17
Heredia	6 606	30	1 022	1 768	1 785	1 304	550	111	9	27
Guanacast	5 947	49	1 153	1 694	1 535	932	436	118	7	23
Puntarenas	7 923	67	1 728	2 458	1 800	1 172	527	120	15	36
Limón	8 065	70	1 907	2 447	1 858	1 090	550	116	9	18

Fuente: I.N.E.C. (2011).

El interés por este tema de investigación surge a raíz de las diferentes prácticas académicas realizadas en diversos Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social por parte de las investigadoras durante su formación académica, donde se evidencia la veracidad de los datos sobre embarazo en adolescentes, colocándolo como una situación alarmante.

En dichas experiencias académicas se reconoce a esta institución, como la encargada de brindar atención integral en salud a las adolescentes embarazadas, por medio de diversos programas, principalmente desde el segundo y tercer nivel de atención. Por lo tanto, para el análisis de la atención que se da por parte de Trabajo Social a esta población, se partirá de los servicios prestados desde cuatro hospitales específicos dentro del sistema de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S).

Los servicios de salud brindados desde esta institución, se encuentran organizados en niveles de atención, donde el primero comprende los servicios básicos de salud; el segundo nivel brinda apoyo al primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas; y el tercer nivel, provee servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades (González, 2004).

Para efectos de esta investigación se tomará el tercer nivel de atención, específicamente los Hospitales México, San Juan de Dios y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, los cuales desarrollan programas específicos para las adolescentes durante su etapa de embarazo, lo que los convierte en una importante fuente de análisis. Se excluirán de esta investigación los Hospitales Nacional de Niños y el Nacional Psiquiátrico, debido a que estos brindan una atención especializada a poblaciones que se alejan de nuestro objeto de estudio.

Además se incluirá dentro de los centros de salud a estudiar, el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, ubicado en el segundo nivel de atención, debido a que este centro de salud brinda atención especializada a las mujeres embarazadas, por lo que se convierte en un elemento de análisis importante para la presente investigación.

Este Trabajo Final de Graduación constituye un reto por cuanto desde Trabajo Social, no existen investigaciones que analicen la prestación de Servicios Sociales desde la Caja Costarricense de Seguro Social a la población adolescente embarazada. Interesa presentar recomendaciones desde Trabajo Social, que reúna y analice la política de

salud y la prestación de servicios sociales en materia de embarazo adolescente en el país, desde los hospitales seleccionados.

La investigación pretende aportar a los y las profesionales en Trabajo Social, una visión más amplia de la Política Social de la Caja Costarricense de Seguro Social dirigida a las adolescentes embarazadas, así como de los procesos de intervención que se realizan desde los centros de salud. Procura generar una reflexión que permita una mayor sensibilización en cuanto a la condición de esta población y a su vez, fortalecer la prestación de los servicios sociales dentro de la institución.

CAPÍTULO I

Estado del Arte

Para iniciar el proceso de desarrollo del presente estudio, fue necesario obtener un panorama claro del estado actual de las investigaciones realizadas sobre el tema de política social en salud y embarazo en adolescentes.

La revisión bibliográfica realizada permitió tener una visión de la producción de conocimiento respecto al tema y al mismo tiempo, identificar vacíos de información en relación con la investigación y el análisis de la política dirigida a adolescentes embarazadas y el papel de la atención en los Hospitales San Juan de Dios, México, Dr. Rafael Ángel Caderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva como vías de concreción de dicha política, de manera que la ausencia de información se transforma en un espacio para abordar la temática de forma innovadora, generando aportes nuevos y necesarios.

La mayor parte de las investigaciones consultadas son de Trabajo Social y Salud Pública, son las áreas de conocimiento que más se han acercado al objeto de estudio, constituyéndose en puntos de partida y referencias.

Dichas investigaciones fueron consultadas en las bibliotecas de la Universidad de Costa Rica: Luis Demetrio Tinoco, Biblioteca de Ciencias de la Salud, Biblioteca del Centro de Investigación y Estudios sobre la Mujer, Biblioteca del Instituto de Investigaciones Sociales, la Biblioteca de la Universidad Nacional, y en la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social de la C.C.S.S.

Para la construcción del estado del arte se tomaron en cuenta categorías como área del conocimiento de la investigación, población, referentes teóricos, estrategia metodológica, técnicas de investigación, y principales conclusiones, sin embargo, no todas las tesis revisadas cumplían con la totalidad de categorías.

Dada la poca cantidad de investigaciones encontradas sobre el tema de interés, se limitó el espacio a investigaciones realizadas únicamente en Costa Rica a través de los años. Cabe destacar que el tema de investigación de la presente propuesta, no ha sido abordado por la C.C.S.S. ni por Trabajo Social. A continuación se presentan las investigaciones encontradas por categorías de interés:

1.1. Embarazo y maternidad adolescente.

Es necesario aclarar que en nuestro trabajo de investigación abordaremos únicamente a la población adolescente embarazada, tesis revisadas se encuentran relacionadas y aportan información relevante respecto a nuestro objeto de investigación.

Camacho (1997) presenta como tesis para optar por la maestría en Estudios de la Mujer, un estudio denominado ***"La Maternidad como Institución del Patriarcado: Representaciones y Manifestaciones en Obreras del Sector Textil"***.

La investigación parte de un enfoque cualitativo que se centra en la experiencia de las personas, busca entenderlas y explicarlas en estrecha relación con su entorno; y posee una perspectiva feminista que toma en cuenta el género como construcción social sistemática de la masculinidad y feminidad y, a partir de ello, retoma como válidas, las experiencias, ideas y necesidades de las mujeres, incorporando las distintas manifestaciones del poder, el control y la dominación presentes en la experiencia cotidiana de las mujeres.

Participaron 10 mujeres, madres y trabajadoras seleccionadas de una fábrica textil ubicada en Tibás. La investigadora usó la técnica de entrevista a profundidad para generar espacios a las entrevistadas, que relataran cómo pensaban y cómo vivían su maternaje y su maternazgo[1].

Camacho (1997) concluye que una de las principales instituciones que sustenta y reproduce el sistema patriarcal, es la maternidad, entendida ésta como todas las tareas de cuido disfrazadas de "naturales" que se han asignado a las mujeres como obligatorias a lo largo de sus vidas. Mediante el maternaje y maternazgo, las mujeres son receptoras, transmisoras y ejecutoras de las reglas de género para la vida en sociedad, con lo cual se transforman en funcionarias gratuitas, exclusivas y vitalicias del Estado.

Además, aporta que la maternidad debe ser concebida en términos amplios, y no solo reducida a la capacidad biológica femenina de engendrar y dar a luz. Se debe retomar

[1] Se entiende que la construcción social de la maternidad tiene dos dimensiones, el maternaje y el maternazgo. La primera se refiere al aspecto reproductivo estrictamente biológico, corresponde al proceso que sucede en el cuerpo y a través del cuerpo de la mujer (Lagarde, 1990; Camacho, 1997). La segunda es más amplia y corresponde a la maternización que realizan las mujeres de sus relaciones sociales pues más allá de que tengan o no hijos e hijas biológicos, los cuales no son necesarios para ejercer el maternaje y, al mismo tiempo, la edad no es un aspecto que la delimite, esta dimensión puede ser ejercida tanto en lo público como en lo privado. (Lagarde, 1990)

como una actividad que se realiza más allá del ámbito privado y que tiene como beneficiarios no solo a las hijas e hijos, sino a otras personas. De ahí que se resalte la dimensión política de la maternidad, convirtiendo a las mujeres en garantes del cuido de la humanidad en forma continua y gratuita.

La investigación evidencia que el nivel socio-económico de las participantes posee una gran importancia en el ejercicio de su maternidad. Los escasos recursos económicos que disponen y la dificultad para enfrentar los problemas emocionales de las hijas e hijos y los suyos propios, condicionan negativamente la obligación que deben enfrentar como madres.

Siguiendo con la misma temática de maternidad y embarazo en adolescentes Bolaños, Mena y Myers (2005) en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social titulada ***"Propuesta de prevención del embarazo en la adolescencia con una perspectiva de género"***, desde una investigación acción participativa, tratan la temática de la maternidad en adolescentes, con la participación de 57 estudiantes de ambos sexos del décimo año del Colegio de Palmares, durante el año 2004.

Parten de que el embarazo en adolescentes es un evento de complejidad y dinamismo, en el cual intervienen una diversidad de factores que aseguran su ocurrencia y problematización. Se entiende la sexualidad como una expresión psicosocial de los seres humanos, que en el sistema patriarcal se concibe para las mujeres como la función de reproducción, y para los hombres como la posibilidad de tener placer sin asumir dicha función.

Se conceptualiza el género como una sumatoria de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales, que se encuentran basadas en el sexo de las personas; de esta forma el género refiere a los roles y responsabilidades sociales construidas para hombres y mujeres, según sea su cultura y lugar de procedencia, influenciados por diferentes factores, y por ende se aprenden, es decir, no son naturales, sino impuestos socialmente, por lo que se pueden modificar.

Entre los hallazgos de mayor relevancia, se señala que las adolescentes participantes tienen una idea imprecisa del concepto de género. En cuanto al embarazo, se visualiza de forma distinta en hombres y en mujeres, para los primeros se manifiesta en el cumplimiento del rol del proveedor, y para las mujeres el embarazo implica aspectos biológicos, sociales y de comportamiento.

De la misma forma, no se maneja un concepto de sexualidad claro, puesto que se enfoca meramente en la actividad sexual genital, lo que influye a su vez en la construcción social de masculinidad y feminidad, y por ende en las acciones preventivas del embarazo.

Se concluye que la información oportuna y veraz debe ser un insumo para la toma de decisiones pero ésta no es suficiente si los y las adolescentes no cuentan con contención emocional por parte de las personas significativas en su desarrollo.

Por otra parte, Monge y Murillo (2008) en su estudio ***"Maternidad y paternidad responsables: un derecho de los niños, niñas y adolescentes de Costa Rica. Acercamiento a las experiencias del grupo de mujeres de la Oficina Local de la Mujer (O.F.I.M.) del cantón de La Unión"***, tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, investigaron las percepciones y necesidades que tiene la población de interés, con respecto a la forma en que se ejerce una maternidad y paternidad responsables en pro del reconocimiento y validación de los derechos y deberes de sus hijos e hijas.

La investigación es de tipo descriptivo, que pretendía buscar explicaciones con respecto a si el ejercicio de una maternidad y paternidad responsables valida el cumplimiento de los derechos y deberes de las personas menores de edad. Así mismo, se buscó responder si el ejercicio de la maternidad y paternidad irresponsable repercute en el desarrollo y crianza de los hijos e hijas. Para esto se basó en las experiencias, percepciones y necesidades que sobre este mismo tema tienen hombres y mujeres participantes del estudio.

En cuanto a la investigación descriptiva, esta coloca al investigador frente al objeto estudio, y permite acceder a la manera en que los y las participantes estructuran y clasifican determinados segmentos de la cultura. En el desarrollo de la investigación se utilizó la Fenomenología, para el análisis y comprensión de las necesidades y percepciones de las y los sujetos, en relación con la maternidad y paternidad responsable y su vinculación o no, con los derechos de los hijos e hijas.

Desde un enfoque de derechos, el desarrollo del estudio retoma principalmente dos conceptos, el de maternidad y el de paternidad, vinculados estrechamente a los roles sociales de género. Al primero de ellos las autoras lo señalan como un proceso biológico y psicológico complejo, de cambios tanto físicos como emocionales, al cual se enfrentan las mujeres, al iniciar un embarazo.

La paternidad, conlleva una perspectiva diferente que al de la mujer, ya que el concepto, adquiere connotaciones mucho más sociales y materiales, como la idea de que la paternidad es la capacidad de engendrar y la posibilidad de proveer a ese hijo o hija las condiciones materiales básicas.

Se desarrollan los conceptos de "necesidades y percepciones", como procesos mediados por las transformaciones en diferentes ámbitos de la sociedad y del cual se desprenden las nuevas demandas de mayor información y procesos de socialización, con la finalidad de cambiar de forma oportuna la manera de cómo hombres y mujeres asumen responsabilidades para con sus hijos.

En la conclusión de la investigación se hace una reconstrucción del concepto de paternidad y maternidad, distinto al que maneja la sociedad patriarcal, donde la mujer es la única responsable del cuido y crianza de los hijos e hijas y el hombre cumple el papel de proveedor. Se establece la necesidad de crear espacios para abordar el tema con mayor profundidad, desde a familia, centros educativos, ámbito laboral, etc. Así mismo, se identificó la estrecha relación entre los derechos de los niños y niñas y el ejercicio responsable de la maternidad y la paternidad.

Las autoras recomiendan una planificación más integral de los procesos de análisis y de trabajo que se basen en las características contextuales, y así planificar acciones que profundicen en las necesidades del momento.

Siguiendo la misma temática de investigación, Chaves y Delgado (2002) en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología ***"Relatos subjetivos de adolescentes embarazadas y/o con hijos o hijas sobre la atención de su salud durante el proceso de embarazo, parto y post-parto"***, investigan cuáles son las experiencias subjetivas, las creencias y prácticas, que reportan adolescentes con hijas e hijos y/o en estado de embarazo provenientes de sectores socioeconómicamente vulnerables, sobre la atención alopática y no alopática de su salud, tanto durante el proceso de embarazo, como en el del parto y el post-parto.

Estudiaron entre otros aspectos la información que obtienen las jóvenes gestantes y/o con hijos o hijas acerca de la atención y los servicios de salud brindados por la Caja Costarricense del Seguro Social, así como la valoración de éstas jóvenes en cuanto al tipo de servicio médico alopático durante el control prenatal y post-natal que reciben.

La investigación realizada es de tipo cualitativo, entendiéndola como un intento por parte de las investigadoras de desarrollar conceptos, intelecciones y comprensiones a partir de datos, siendo así un proceso flexible e integrador, descifrando con ello el sentido que las personas otorgan a un fenómeno particular, en contextos o escenarios determinados.

La población con la que se contó para el desarrollo de la investigación fue de diez personas adolescentes en estado de embarazo y/o madres de uno o más hijos e hijas participantes del Programa Construyendo Oportunidades en la provincia de Heredia.

Se retoman los conceptos de género y salud, considerando su relación en el ámbito de lo biológico, así como en lo social y cultural. Se expone la manifestación del género en el campo de la salud, en la diferencia en la atención de hombres y mujeres, violándose muchas veces los derechos sexuales y reproductivos de las últimas.

En cuanto a la adolescencia se visualiza como un concepto construido culturalmente en las sociedades modernas con el fin de determinar un estado transitorio entre la niñez y la adultez, lo que conlleva una serie de cambios como el resurgimiento de los impulsos sexuales, una mayor capacidad cognitiva, la ampliación de un marco de interacción social, desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, así como de la capacidad reproductiva y crecimiento del sistema muscular y esquelético. De la misma forma esta etapa significa la reelaboración de la identidad sexual, como una construcción social de la feminidad y la masculinidad.

La sexualidad femenina se relaciona con la reproducción, visualizándose a la mujer en su condición de madre para tener su “realización como mujer”. Esto vinculado al embarazo en la adolescencia, se conceptualiza como un proceso que demanda a la joven un esfuerzo tanto a nivel físico como psicológico y social, ya que debe adaptarse a un cuerpo en frecuente cambio, así como el desarrollo de un vínculo con el hijo o hija que está por nacer.

En el área de la salud se plantea que las mujeres han experimentado la negación y falta de reconocimiento de sus derechos humanos, por lo que a los riesgos inherentes a la reproducción se le adjunta la poca oportunidad de acceso a servicios de atención en salud de buena calidad, significando un detrimento en las condiciones físicas y emocionales, tanto de madres como de hijos e hijas.

Se concluye que las adolescentes participantes no tienen acceso a la información sobre los distintos procedimientos que se les aplican en el hospital; que la atención se centra en el estado físico de las jóvenes, por lo que no se da una contención integral de su estado emocional, cognitivo y familiar. Es un trato cargado de estereotipos discriminatorios, censurando la condición de embarazo e invalidándolas como personas y existe un desconocimiento por parte del personal de la dinámica particular que vive, por lo que se subestima sus recursos internos.

1.2. Programas y Políticas de atención a la adolescente embarazada y a la adolescente madre.

Respecto a programas y políticas de atención a la población adolescente embarazada y maternidad adolescente se encontró que Macdonald (1999), en su trabajo final de graduación para optar por la maestría en Salud Pública ***"Atención Integral a niñas y adolescentes embarazadas y madres en el cantón de Paraíso: un análisis de viabilidad del Programa Construyendo Oportunidades"***, parte de una metodología cualitativa basada en los planteamientos de S.E.M.P.R.O. (Sistema de Información, Monitores y Evaluación de Programas Sociales) en torno a la evaluación de programas sociales, que consiste en formular y contestar preguntas precisas con respecto a uno o varios aspectos determinados del programa en cuanto a su planificación, ejecución o etapa final.

El estudio explora las características y necesidades de una muestra de adolescentes y madres del cantón de Paraíso de Cartago, compuesta por el 10% de las adolescentes embarazadas que asistían, en el momento del estudio al control prenatal en los 10 E.B.A.I.S. del Área de Salud de Paraíso; mediante la utilización de las técnicas de entrevista estructurada, semi estructurada, encuesta individual y encuesta grupal a las participantes del Programa, se logra concluir que el mayor porcentaje de embarazos adolescentes se dan en los sectores rurales o urbanos marginales, y con respecto a las necesidades en las adolescentes embarazadas y madres, se concluye que su condición define carencias y necesidades que pueden ser satisfechas o no, según lo que se percibe como satisfactores posibles en contextos y realidades concretas.

De la aplicación de tal metodología, se deriva que el Programa pretende ofrecer oportunidades para fortalecer personalmente a las niñas y adolescentes embarazadas y madres, y promover su autonomía. Es un programa interinstitucional e intersectorial, en el que se exploran las percepciones de los diferentes actores sociales que deben involucrarse en la atención integral de las niñas y adolescentes embarazadas de Paraíso de Cartago, así como funcionarios institucionales que establecen directrices a nivel normativo.

La investigadora parte principalmente del enfoque estratégico y de un marco conceptual sustentado en el Desarrollo a Escala Humana propuesto por Max Neef y otros, quienes ubican en el centro del desarrollo las necesidades humanas fundamentales que permitan el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Desde este marco teórico, la autora concluye que el embarazo y la maternidad se constituyen en pseudo-satisfactores.

Se determina que el programa tiene un gran potencial como programa social, pues logra formular la integración de diferentes esfuerzos tanto del gobierno, sus instituciones y la sociedad civil. A su vez ofrece una variedad de satisfactores a las necesidades de las adolescentes y niñas embarazadas y madres de la zona, sin embargo, de lo planificado a su implementación en una realidad concreta, se evidencia importantes obstáculos, entre ellos: los diferentes grados de desconcentración de las instituciones de gobierno, la ausencia de capacitación en los diferentes actores sociales para atender a esta población y su poca experiencia en la gestión en red. Se percibe entonces, la necesidad de establecer estrategias claras para mejorar la viabilidad política, técnica y organizativa del programa a niveles locales.

Rojas (2003) señala en su estudio ***"La red local del Cantón Central de San José en el desarrollo de la política de protección de los derechos de la niñez y la adolescencia: sus características, posibilidades y restricciones"***, trabajo final de graduación presentado para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, presenta elementos para el análisis de política en materia de adolescencia desde el marco de la Reforma Estatal, los procesos de descentralización y la participación social, todo esto bajo un enfoque que coloca a las y los niños y adolescentes como sujetos y sujetas activas de derechos y obligaciones. La autora parte del reconocimiento de la condición especial de las personas menores de edad como seres humanos en desarrollo, con necesidades y carencias especiales, pero con derechos y

deberes inherentes a toda persona, esto es conocido como la “Doctrina de Protección Integral”.

La autora pretendió identificar las condiciones de la conformación, funcionamiento, participación y las acciones de la Red Local del Cantón Central de San José que inciden en el desarrollo de una política de protección de los derechos de la niñez y la adolescencia. Para lo cual se adopta un método predominantemente cualitativo en el que asumen la realidad de los actores de la Red Local de forma dinámica, para guiar la investigación hacia una construcción participativa del conocimiento.

La recolección de información se realizó principalmente mediante revisión documental, entrevistas semi-estructuradas y observación participante. La población estudiada fueron 18 funcionarios y funcionarias, representantes de diversos actores organizacionales e institucionales que integran la Red Local de Protección, entre los que figuraban: la Junta de Protección de la Niñez y Adolescencia, Patronato Nacional de la Infancia, Ministerio de Educación Pública, Proyecto Aula Abierta, Ministerio de Trabajo, Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, Clínica Moreno Cañas, Instituto Nacional de Aprendizaje, Instituto Mixto de Ayuda Social, Ministerio de Salud, Municipalidad de San José, Defensa de los Niños Internacional y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

La autora concluye que el marco político-jurídico vigente en materia de niñez y adolescencia ha demandado nuevos roles y exigencias hacia la protección y cumplimento de los derechos de esta población, por lo que las funciones de los entes institucionales han ido redefiniéndose, y en este marco es que surge la Red de Protección. Señala que el contexto actual exige una participación protagónica, comprometida, persistente y creativa por parte de los actores involucrados, que posibilite el enfrentamiento contra el centralismo y tortuguismo estatal, la resistencia al cambio, la permeabilidad de las estructuras centralizadas y la insuficiencia de recursos.

Entre los retos, se identifica que la red aún no contempla la integralidad de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, no parten de una perspectiva de protección integral de los derechos y no incorporan la dimensión preventiva-promocional de los derechos.

A su vez, McParlene y Rivera (2003) en su trabajo final de graduación propuesto para obtener el grado de Licenciatura en Trabajo Social ***“Estrategias pedagógicas para el empoderamiento de adolescentes embarazadas y madres, Sistematización del***

Componente Fortalecimiento para la Vida del Programa Construyendo Oportunidades", exponen otro aporte en materia de política dirigida a la población de madres adolescentes.

El estudio fue concebido desde un marco teórico sobre las prácticas sistematizadas, recurrió a un enfoque de género, desde el cual se intentó explicar las desigualdades de género como resultado de distintos tipos de relaciones de dominación en la diversidad. Ésta es una forma de entender la realidad que reconoce que el género es una construcción social porque se aprenden las relaciones de desigualdad desde el momento de su construcción.

Teóricamente se retomó también, el enfoque de derechos humanos y el enfoque generacional, es alrededor de ellos que se facilita la comprensión de las relaciones que se tejen entre las adolescentes, en un intento por facilitar la comprensión de las relaciones sociales de interés. Dicho estudio fue realizado bajo la metodología de investigación cualitativa, tanto en la recolección de información sobre estrategias pedagógicas, como para el análisis de los resultados.

Se utilizó también métodos cuantitativos en momentos del proceso, fundamentalmente con el propósito de formular perfiles sobre las poblaciones con las que trabaja el Programa, además fue un proceso participativo, que implicó consultas y reflexiones colectivas con facilitadoras y representaciones de las organizaciones.

Dentro del contexto de la experiencia de sistematización, las sustentantes abordan el tema del reconocimiento internacional de los derechos de los y las adolescentes y el interés del Estado costarricense por impulsar políticas públicas centradas en las adolescentes, y cómo se comienzan a gestar políticas de atención integral a adolescentes desde la Caja Costarricense de Seguro Social y desde el Ministerio de Salud, paralelo a los aportes de distintas O.N.G.

Las autoras hacen énfasis en la focalización de la política pública en situaciones de pobreza y sus implicaciones para la mujer adolescente y madre, siendo estas dos características vinculantes entre sí, dado al fenómeno de feminización de la pobreza en el sistema capitalista y patriarcal.

Concluyen que el embarazo en adolescentes debe ser visto desde la perspectiva de género, y la política para su atención debe incluir a hombres y mujeres en sus procesos de prevención y promoción, de manera tal que éstas logren crear conciencia

entre esa población y disminuir los índices. Además, aportan una comprensión más amplia del embarazo adolescente, incorporando una nueva perspectiva que contempla principalmente el papel de los hombres como padres.

Gómez (2004) en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social titulada ***"Impacto social del proceso de capacitación del subcomponente identidad del Programa Construyendo Oportunidades de MUSADE con las madres adolescentes del cantón de San Ramón",*** realiza una investigación evaluativa al programa, con el fin de detectar la presencia de cambios en las condiciones de vida de las madres adolescentes del lugar de estudio, generados por las capacitaciones brindadas dentro de programa, acercamiento a la población y revisión bibliográfica, trabajo de campo como visitas, entrevistas y observación al grupo de mujeres de M.U.S.A.D.E. (Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo).

Este estudio se llevó a cabo con un grupo de trece adolescentes madres de entre 13 y 21 años de edad, quienes participaron de las capacitaciones del programa en el año 2001 y se abordó por medio de la evaluación de un programa social, específicamente del Subcomponente Identidad del Componente Capacitación en Formación para la Vida del Programa Construyendo Oportunidades dentro de la organización Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo, de San Ramón.

La autora aborda el embarazo y la maternidad adolescente desde la perspectiva de género, entendiendo ésta como la inclusión de toda forma de discriminación y subordinación que sufren las mujeres frente a los hombres, dando lugar a los roles de paternidad y maternidad tradicionales que durante décadas han limitado el desarrollo personal tanto de mujeres como de hombres, proceso que se dificulta en la adolescencia donde se interiorizan de manera más profunda los roles de género, razón por la cual se considera esta perspectiva importante para su análisis ya que aporta instrumentos teóricos necesarios para la construcción de "lo femenino" y "lo masculino" y parte del reconocimiento de desigualdades entre hombres y mujeres en contraste con un sistema patriarcal imperante.

Dentro de esta perspectiva se retoma el concepto de violencia de género entendida como el uso de formas de poder coercitivo para someter a una persona del sexo contrario, a realizar actos que de otra manera no realizaría, e incluye diferentes tipos de violencia como la física, psicológica, emocional y patrimonial.

La investigación concluye que en general las capacitaciones ofrecidas en el subcomponente son calificadas por las adolescentes como “regulares”, ya que generan un aprendizaje y un impacto social parcial. A pesar de que el programa trabaja temáticas como concepciones de masculinidad, relaciones de pareja, violencia de género y concepciones de maternidad, el estudio concluye que no se identifican desarrollo de capacidades críticas ni cuestionamientos respecto a esos temas. No se percibieron cambios en las percepciones iniciales de las participantes después de su asistencia a los talleres, lo que lleva a cuestionar su efectividad y su pertinencia metodológica.

Refiriéndose al sector educación, Arias (2006) en su estudio, ***“Un análisis de las políticas de Educación Integral de la expresión de la sexualidad humana y su relación con la prevención del embarazo adolescente”***, tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, realiza un análisis de la política de educación Integral de la Expresión de la Sexualidad Humana de los y las adolescentes, a cargo del Ministerio de Educación Pública.

Se llevó a cabo mediante un proceso investigativo y analítico de naturaleza cualitativa exploratoria y descriptiva. Dentro de la metodología, se realiza una revisión y análisis documental, un estudio de la política pública a través del establecimiento de categorías de análisis y entrevistas semi-estructurada a expertos en la materia de educación sexual, así como a una estudiante adolescente con el fin de evidenciar la efectividad de las políticas de Educación Sexual y como técnica de validación de la información se usó la triangulación.

La investigación utiliza la teoría del género como referente transversal para el análisis, la cual aporta que el género es una condición social y cultural construida históricamente, y además sostiene que es por medio de la socialización que se imponen una serie de características y roles que definen lo que es ser mujer o ser hombre.

El estudio parte de un enfoque sustentado desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y coloca que tanto los individuos como la instituciones deben promover mediante la educación y enseñanza, el respeto a los derechos y libertades. Rescata además, la política educativa como una política de tipo social, global, que no reconoce diversidad ni distintas maneras de vivir la educación entre el género femenino y el masculino.

La autora señala que los y las adolescentes manejan discursos diversos sobre lo que es ser hombre o ser mujer, distinciones que al final están construidos a partir de estereotipos de género. Así mismo, los y las ubica en un contexto de presión, donde sus identidades se construyen en una interacción conflictiva entre los discursos y las expectativas sociales.

La investigación concluye, que la política de educación sexual en el país se ha colocado en la agenda, no solo del Ministerio de Educación, sino también de otros sectores como el de salud, organizaciones no gubernamentales, entre otros. Sin embargo, el enfoque de esta política se ha limitado a abordar el tema de la sexualidad enfatizando únicamente en las relaciones coitales, lo que genera conocimientos parciales, dejando importantes vacíos en la construcción de la identidad y el desarrollo de las personas adolescentes.

Señala la autora que la fragmentación y la sectorialidad bajo la cual se encuentra esta política, son elementos que caracterizan tanto a la educación sexual, como a las acciones en el tema de prevención de embarazos en adolescentes, situación que no permite obtener un panorama claro ni una visión integral de la funcionalidad de la política social sobre ese tema.

Por otro lado, González (2007), en su Trabajo Final de Graduación ***"Incidencia del Programa Construyendo Oportunidades en el proyecto de vida de un grupo de adolescentes participantes"*** realizada para optar por el grado de Licenciatura en Sociología, retoma aspectos como la concepción de adolescencia, proyecto de vida y la noción de género, desde una metodología cualitativa, entendiendo ésta como aquella que busca comprender el sentido que las personas le dan a los acontecimientos de su vida y contexto, de manera tal que la realidad es accesible solamente desde la interpretación de las mismas.

Toma como punto de partida los dos componentes de formación con los que cuenta el programa Construyendo Oportunidades: Capacitación Técnica y Fortalecimiento para la Vida. Para llevar a cabo el proyecto se contó con la participación de ocho adolescentes madres de edades entre los 14 a los 19 años de edad, quienes recibieron capacitaciones durante los años 2001 y 2002.

La investigación se dirigió a conocer los principales aspectos que configuran su proyecto de vida, analizar la experiencia de participación en el Componente Fortalecimiento para la Vida y su incidencia en su proyecto de vida, y al mismo tiempo

analizar la experiencia de participación en el Componente Capacitación Técnica y su incidencia en el desarrollo de los proyectos de vida de las adolescentes.

Al respecto la autora afirma que para las adolescentes entrevistadas la participación en el Programa es un espacio de reflexión importante y se orienta hacia la superación propia, mejorando así su autoestima y el desarrollo de habilidades para fortalecer su proyecto de vida con el embarazo; además, se concluye que uno de los impactos más significativos del Programa en las jóvenes es que lograron definir y consolidar su proyecto de vida, asumiendo la maternidad como parte de él. Por otro lado, el rol de maternidad es fortalecido por medio del Programa y logran acompañarlo con nuevos elementos como la educación y la capacitación.

La adolescencia es entendida por la autora, como una construcción social que se permea por variables de orden étnico, económico, de género, histórico y cultural. Asimismo se comprende la noción de género como una construcción social, pero ésta se encuentra relacionada directamente a las diferencias entre el sexo femenino y el masculino, de manera tal que es una categoría transmitida y aprendida socialmente a través de los mecanismos sociales de reproducción e interiorización tanto de la cultura como de los patrones de comportamiento.

Se comprende la categoría proyecto de vida como aquella que se inició en la infancia y se ve consolidada en la adolescencia, y tiene que ver específicamente con qué o quién quiero ser.

Uno de los aportes con mayor relevancia de este proyecto está en que las adolescentes participantes exponen que la sexualidad en esta etapa se vive de forma insegura, confusa, prematura, irresponsable y sobre todo sin la información y orientación necesarias para tomar decisiones que sean acertadas y favorables para ellas. Existe una carencia de información para las personas menores de edad sobre el tema de la sexualidad, reduciéndolo a un enfoque meramente biológico, situación que se da tanto a nivel de la familia, la sociedad y la educación formal.

De la misma forma se recalca que el Programa Construyendo Oportunidades incide positivamente en las adolescentes madres participantes, sobre todo en cuanto al proyecto de vida de las mismas; sin embargo se menciona que en condiciones de extrema pobreza los aportes de este programa se ven limitados, ya que el proyecto de vida se desarrolla únicamente alrededor de la maternidad.

1.3. Atención en Salud.

Sobre el tema de la atención en salud de las madres adolescentes y embarazadas, Céspedes y Céspedes (2000) presentan la investigación "***Gestión de políticas de salud sexual y reproductiva desde los servicios de salud dirigida a la población adolescente migrante en el cantón de San Ramón"*** para optar por el grado de maestría en Salud Pública. Mención: gestión de Políticas de Salud de la Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Posgrado. El documento consiste en un estudio descriptivo y presentación de hechos y fenómenos relacionados con la gestión de los servicios de salud. La investigación pretende conocer las relaciones entre la sociedad, la salud y la enfermedad. Para ello, se consideran los determinantes sociales de la salud y la sociedad como explicación del proceso denominado "salud-enfermedad".

Céspedes y Céspedes (2000) establecen que las desigualdades sociales del proceso "salud-enfermedad", son los contrastes entre países ricos o pobres, regiones y a nivel de cada país. Añaden que estas diferencias también se presentan entre zonas, regiones urbana o rural, clases, grupos sociales, géneros y grupos étnicos, niveles de ingresos, niveles de educación, etc. Todas estas son de carácter económico, político, social y cultural.

Para la realización del documento, las autoras tomaron como técnicas e instrumentos de investigación la revisión bibliográfica y documental de los temas relacionados con la gestión de políticas de atención de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes inmigrantes. Además realizaron visitas a las instituciones encargadas de la ejecución de programas de salud sexual y reproductiva. Realizaron instrumentos de recolección de datos, así como observación no participante, entrevista estructurada y a profundidad.

La investigación concluye que los factores estructurales son aquellos que dan sustento (estructura) a la sociedad históricamente determinada en la que se desarrollan los procesos de: "salud-enfermedad", sexualidad-reproductiva, adolescencia-juventud y migración. Además, los factores determinantes coyunturales son todos aquellos elementos de la vida social cotidiana en que se apoya el sistema de producción para

dar permanencia a su estructura y sus relaciones sociales de producción. Por ende, hay una relación directa entre ellos.

Por otra parte, Alfaro, Arce, Conejo, Esquivel y Ramírez, reúnen en su investigación para el convenio C.C.S.S.-C.E.N.D.E.I.S.S.S. Y U.C.R.: ***"Funciones de Trabajo Social en la readecuación del modelo de atención del Sector Salud: una propuesta estratégica"***, una serie de características de las funciones que desempeña Trabajo Social dentro del modelo de readecuación del sector salud en la C.C.S.S., visualizando los procesos de trabajo como productos, ofertas, demandas, costos y beneficios, a través de un estudio perteneciente al área de conocimiento de la Salud Pública y de Trabajo Social, de tipo exploratorio y descriptivo, ya que previo a esta investigación no existían estudios que abordaran la temática.

El interés por incluir este estudio al estado del arte de la presente investigación concierne a que es el único que detalla con propiedad los procesos de trabajo desarrollados por Trabajo Social y cada una de las funciones que se ejercen dentro de la institución propuesta para nuestra investigación.

Con el fin de hacer descripción de los procesos de trabajo en los que se inserta Trabajo Social en la C.C.S.S las autoras eligieron a 22 trabajadoras sociales del Régimen de Enfermedad y Maternidad de la provincia de San José que ocupara puestos administrativos y operativos, aplicando entrevistas semi-estructuradas que permitieran la obtención de datos cualitativos con el fin de lograr ampliar, aclarar y realimentar criterios emitidos.

Tras el análisis de la información obtenida, las autoras afirman que la función primordial de Trabajo Social en la C.C.S.S. es brindar una atención integral a los y las usuarias, a través de la gerencia de servicios de salud eficientes, eficaces y oportunos.

Las autoras concluyen que el Trabajo Social en el sector salud, específicamente en la C.C.S.S. se ubica en los equipos de apoyo como especialista, y desempeña su labor en cuatro áreas funcionales: planificación, gestión, control y evaluación. Las dos primeras áreas se dividen en funciones gerenciales y de atención al usuario o usuaria, mientras que control y evaluación constituyen instancias de toma de decisiones, es decir específicamente gerenciales. A su vez, cada una de las cuatro áreas se sub-divide en trabajo en equipos interdisciplinarios, trabajo social grupal y comunal, que son las estratégias de intervención planteadas desde el Modelo Readecuado, además

de funciones de servicio y demanda directa que señala la organización interna de la C.C.S.S.

López (2007), en su trabajo final de graduación para optar por la maestría en Salud Pública ***"Representaciones sociales acerca de la adolescencia: un estudio con población adolescente, Madres, Padres, Docentes, Funcionarios y Funcionarias de Salud en el cantón de Siquirres",*** realiza un avance en la explicación de los procesos de construcción social de la salud, específicamente de la salud adolescente, la cual es considerada como categoría relacional mediante la construcción de las representaciones sociales acerca de la adolescencia. La autora propone que ese cuerpo de conocimientos se configura como un determinante intrasubjetivo de la salud, en tanto se trata de una construcción histórica y sociocultural.

La investigación es de tipo cualitativo y exploratorio descriptivo. En cuanto a la metodología empleada se destaca el enfoque procesual de las representaciones sociales, el cual consiste en la aproximación sucesiva al discurso aportado por los y las participantes en la investigación y su correspondiente análisis a partir del acceso a núcleos figurativos o esquemas relacionales construidos, utilizando para ello, el lenguaje aportado por los y las participantes, sobre los distintos modos de pensar y actuar frente a la adolescencia. Para la obtención de los datos se utilizó la entrevista grupal, el grupo focal y el diseño y ejecución de talleres con población adolescente. En el estudio participaron 60 jóvenes escolarizados(as) y no escolarizados(as) y un total de 24 personas adultas (docentes, personal de salud, madres y padres de familia).

En este trabajo la autora coloca como referente teórico principal, el concepto de representación social propuesto por Moscovici, quien interesado en conocer cómo las personas construyen la realidad social y de qué manera también son construidas por esa realidad, encontró un cuerpo teórico cuyo objeto de estudio es el conocimiento del sentido común. La autora desarrolla además, el proceso de objetivación y anclaje de las representaciones sociales, y define el primero como la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas; por su parte, el anclaje lo entiende como un proceso que se da posterior a la objetivación mediante el cual lo extraño se transforma en familiar.

De la investigación se logra concluir que la población adolescente en el cantón de Siquirres es vista como sujetos inacabados, inmaduros, inconscientes, irresponsables y además desprovistos de la capacidad básica para aceptar las recomendaciones

adultas. Lo cual genera que sea tratados de la misma forma, omitiéndose, toda posibilidad de diálogo horizontal para la construcción conjunta de alternativas posibles para su atención.

La concepción sobre la adolescencia que se maneja, según concluye la autora, indica pocas posibilidades de desarrollo humano en los y las adolescente, y tanto docentes como funcionarios de salud entienden que es tarea exclusiva de la familia asumir el reto de criar a sus hijos e hijas aun cuando reconocen la ausencia de recursos.

Desde la Salud Pública, los hallazgos de esta investigación llaman la atención acerca de la necesidad de flexibilizar las estructuras sociales e institucionales, en donde se toman decisiones encaminadas a brindar salud a las poblaciones adolescentes, pues su condición de marginación, exclusión e invisibilización constituye un obstáculo vital a su desarrollo humano como sujetos sociales, más aún, debido a su propia autoinvisibilización, autoexclusión y automarginación.

1.4. Conclusiones del Estado del Arte.

Posterior a la revisión de investigaciones realizadas en materia de política social, embarazo y maternidad adolescente, se logra concluir varios aspectos relevantes con respecto al estado de la cuestión:

- La mayoría de los estudios encontrados hacen abordaje de la temática del embarazo y maternidad adolescente desde un enfoque descriptivo, enfatizando en situaciones particulares de las adolescentes embarazadas y madres. Posterior a la revisión bibliográfica, se logró determinar que es poca la cantidad de estudios que abordan la respuesta institucional ante la temática y no se encontraron investigaciones que analicen de manera integral la política de atención en salud a las adolescentes embarazadas, lo cual se identifica como un vacío importante.
- En las investigaciones retomadas para la construcción de este apartado, se identificó que existen carencias importantes respecto a política social integral para las adolescentes madres y embarazadas. Se identifica la ausencia de trabajo interinstitucional y gestión en red. En la mayoría de las

investigaciones, sus conclusiones y recomendaciones abordan el tema de la necesidad de una perspectiva integradora de la política social para la atención de las adolescentes embarazadas y madres.

? Se menciona la existencia de un marco político-jurídico que exige que las instituciones asuman nuevos roles y que incorporen en su concepción de adolescencia y maternidad, perspectivas acordes con la realidad de la población. Sin embargo, en ninguna de las investigaciones revisadas se hace una reconstrucción general de dicha política que pueda facilitar la adopción de nuevos conceptos y nuevas estrategias de atención a esta población.

? Del proceso de construcción del Estado de Arte, se concluye que el tema del embarazo y maternidad adolescente ha sido de importancia tanto para la investigación social como para la agenda pública de varios períodos de Gobierno, pese a lo anterior, no ha sido explotado en su dimensión política, ya que son pocas las investigaciones encontradas.

Finalmente, es importante destacar que a partir de los vacíos y recomendaciones detectadas en las investigaciones consultadas, el presente trabajo pretende innovar en el estudio de la Política Social en Salud vinculada a la atención del Embarazo Adolescente, analizando la respuesta institucional desde la Caja Costarricense de Seguro Social a partir de dicha política, desde una perspectiva que coloque a las adolescentes usuarias de los servicios como sujetas de derechos.

CAPITULO II

Delimitación de la Investigación

I. Tema de Investigación.

A partir del estudio de las diversas investigaciones que contempla el Estado del Arte, así como del interés de las investigadoras por la temática de la atención a las adolescentes embarazadas en el ámbito de la salud por parte de la profesión de Trabajo Social, se definió el siguiente tema a desarrollar:

La Política Social dirigida a la población de adolescentes embarazadas, y su expresión a través de los procesos de trabajo en que se incorpora Trabajo Social, desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, durante los años 2011 y 2012.

El desarrollo de este tema de investigación pretende aportar a los procesos de trabajo profesional, por medio de un estudio sobre la intervención de las y los profesionales a la población adolescente en hospitales del tercer y segundo nivel de atención en salud, revelando con ello fortalezas y desafíos, con el fin de fortalecer los procesos de trabajo en los distintos ámbitos institucionales.

II. Problema de Investigación.

El planteamiento del problema de investigación parte de una reflexión teórica acerca de una temática específica, la cual se lleva a cabo a partir de experiencias académicas de gran relevancia, así como de estudios bibliográficos y finalmente de la construcción del estado del arte.

Además, es necesario que el problema sea enmarcado dentro de una profesión, de forma tal que los conocimientos adquiridos mediante la respuesta a esta interrogante, tengan una validez académica, y así también, los aportes que se generen a partir de esta investigación sean socialmente legitimados.

De esta manera, a partir de la revisión bibliográfica en donde se revela la importancia política y social que tiene el tema del embarazo adolescente, tanto a nivel nacional

como en la región latinoamericana, las investigadoras consideran relevante llevar a cabo un estudio sobre esta situación, a la luz de las diferentes políticas sociales existentes.

De la misma forma, el estado del arte revela una ausencia de investigaciones que trabajen el tema de embarazo en la adolescencia analizando la atención que este grupo poblacional recibe en los hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Por lo tanto se plantea como problema de investigación el siguiente:

¿Cómo se expresa la Política Social dirigida a las Adolescentes Embarazadas, a través de los procesos de trabajo que desarrollan los y las Trabajadoras Sociales para la atención a esta población, desde los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, durante los años 2011 y 2012?

III. Objeto de Estudio de la Investigación.

Del problema de investigación antes expuesto se desprende el siguiente objeto de estudio:

La expresión de la Política Social dirigida a las Adolescentes Embarazadas, a través de los procesos de trabajo en que se vinculan los y las Trabajadoras Sociales para la atención a esta población, desde los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, durante los años 2011 y 2012.

IV. Objetivos de la Investigación.

Objetivo General.

Analizar la pertinencia entre la Política Social dirigida a las Adolescentes Embarazadas y su expresión en los procesos de trabajo desarrollados por los y las Trabajadoras Sociales para la atención a esta población, desde los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, durante los años 2011 y 2012, con la finalidad de fortalecer los procesos de trabajo de las y los profesionales.

Objetivos Específicos.

1. Recuperar los lineamientos que conforman la Política Social dirigida a las Adolescentes Embarazadas, desde los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, con el fin de constituir un marco de referencia para el análisis de los procesos de trabajo asumidos por los y las Trabajadoras Sociales en la atención a ésta población, durante los años 2011 y 2012.
2. Identificar, a partir la Política Social dirigida a las Adolescentes Embarazadas, los procesos de trabajo en que se insertan los y las Trabajadoras Sociales en la atención a esta población, desde los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, con el fin de develar fortalezas y desafíos, durante los años 2011 y 2012.
3. Construir recomendaciones concretas para la atención de Adolescentes Embarazadas desde los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, partiendo de los lineamientos de la Política Social para esta población y la experiencia práctica de los y las profesionales de Trabajo Social de estos centros de salud durante los años 2011 y 2012, con el fin de potenciar los procesos de trabajo de los y las profesionales.

CAPITULO III

Estrategia Metodológica

I. Sustento Teórico Metodológico de la Investigación.

El proceso de diseño de la metodología hace referencia al cómo, a las etapas y a las actividades que se desarrollarán para alcanzar los diferentes objetivos. Según Rozas (1998), este proceso debe caracterizarse por hacer construcción o reconstrucción de la información que se utilizará para el análisis, se constituye en una serie de procedimientos que ordenan y dan sentido, pero fundamentalmente son una estrategia flexible que permite la reflexión crítica sobre la problemática a investigar.

i. Perspectiva Hermenéutica Crítica.

Una concepción de la realidad desarrollada inicialmente por teólogos protestantes durante el siglo XVII, quienes buscaban un método que posibilitara entender el significado de la Biblia directamente del texto, sin tener que pasar por explicaciones eclesiásticas se llamó “hermenéutica”, método técnico desarrollado para interpretar los significados.

Esta investigación se basa precisamente en esa perspectiva, la cual se entiende como la disciplina de la interpretación de los textos, no solo escritos, sino también hablados y actuados, los cuales deben de ser polisémicos, es decir poseer múltiples significados. Este método pretende traspasar el sentido superficial en el texto, para llegar al sentido profundo, inclusive al oculto; además para encontrar varios sentidos, cuando parecía haber solo uno. (Beuchot, 1997).

Beuchot (1997) refiere que en la interpretación hermenéutica hay tres elementos fundamentales:

- El texto: con el significado que encierra y posibilita.
- El autor o autora: y lo que quiso compartir a través del texto.
- La persona que interpreta: que tiene que descifrar con un código el contenido significativo que le dio el autor o autora, sin perder la conciencia de que a su vez está dándole algún significado o matiz subjetivo.

Guzmán (1992) aporta que la Hermenéutica estudia el fenómeno a partir de su contexto histórico y la economía política en que se desarrolla, ya que considera que los fenómenos se comprenden mejor cuando se realiza un análisis del contexto en el cual interactúan las personas con sus propios problemas. Esto es lo que permite entender cómo las personas interpretan su realidad.

Los y las investigadoras pueden adquirir una comprensión integral de los fenómenos que desean intervenir si realizan una lectura de los mismos desde una actitud deductiva e inductiva (dialéctica), que permanentemente se retroalimenten, dando así una mayor capacidad y habilidad a la hora de llevar a cabo el acto investigativo.

Por lo tanto, se comprende que la hermenéutica implica, como enfoque de investigación, una labor a través de la cual la o el investigador busca comprender e interpretar la realidad en un contexto concreto.

La hermenéutica crítica se fundamenta en una visión dialéctica de la realidad. Al basar su posicionamiento epistemológico en la tradición del pensamiento dialéctico dista de otras tradiciones de pensamiento que separan el conocimiento de la realidad y la praxis humana, por lo cual permite una lectura de la realidad desde la totalidad. La hermenéutica crítica sirve para darle fundamento al hecho de que la praxis social no puede ser acrítica de sus efectos intencionales y no intencionales (Miranda, 2006).

Para la construcción de un enfoque histórico, hermenéutico y crítico, cabe destacar los beneficios de una práctica metodológica de carácter cualitativa, dado a la articulación de las dimensiones histórica, cultural, socio-política, y contextual. Es por ello que, en el marco de una investigación cualitativa, se hace conveniente el uso de técnicas hermenéuticas.

La interpretación que se lleva a cabo por medio de la hermenéutica, permite una interacción dialéctica entre el intérprete y el significado, tomando en cuenta el contexto del que forman parte. Este contexto es fundamental debido a que somos seres históricos (Martínez, citado por Rojas, 2007).

En ese sentido menciona Thompsom (citado por Rojas, 2007)

> "*La experiencia humana es siempre histórica, pues la experiencia nueva se compara siempre con los vestigios del pasado, y en el*

> *sentido de que al buscar comprender lo que es nuevo siempre y necesariamente construimos sobre lo ya presente*".

Lo anterior es fundamental para esta investigación puesto que los elementos interpretados provienen de la perspectiva de la realidad de las trabajadoras sociales que prestan servicios en la atención de adolescentes embarazadas y cotidianamente se rozan con la política social dirigida a esta población en determinados contextos y a través de diferentes momentos históricos, que permiten una lectura de las particularidades de los procesos de trabajo que asumen.

ii. Metodología Cualitativa.

En esta investigación se optó por un enfoque cualitativo de investigación como una forma de acercarse al conocimiento que facilitara la comprensión de los hechos que tienen lugar en la realidad social dinámica y compleja, y que a su vez diera pie a un proceso de reflexión y análisis de los mismos.

El enfoque cualitativo busca una concepción integral de la realidad sometida a investigación, con el objetivo de aprehender la realidad social como un todo en constante transformación y cambio, incorporando esta perspectiva para lograr una reconstrucción de la realidad tal y como es percibida por los y las participantes de la investigación.

Debido a que la presente investigación es de carácter cualitativo, es importante conocer la realidad desde el punto de vista de los sujetos con el fin de entender el por qué de las relaciones y estructuras ya establecidas. A través de las interpretaciones de los sujetos, nos acercamos al conocimiento de las realidades dadas por las mismas personas que las han experimentado y enfrentado en su cotidianidad.

Ya que el ser humano es cambiante y en él convergen diversos elementos que lo dimensionan, es necesario conocer y analizar el significado que le da a sus procesos con el fin de descubrir su naturaleza en determinado tiempo y lugar.

Taylor y Bogan (citados por Álvarez, 2003) señalan una serie de características del enfoque cualitativo de investigación importantes para este estudio:

- Permite el desarrollo de un estudio a partir de la reflexión y análisis de datos, además del diseño flexible de investigación apropiado para el estudio de la realidad social en constante transformación.

- El o la investigadora ve el escenario y las personas desde una visión de totalidad, considerando el contexto y la historia como mediaciones importantes para lograr un proceso acertado de investigación de una realidad social.

- Se estudian los procesos sociales con intervención mínima del o la investigadora, con el fin de ejercer el mínimo control de la realidad social en estudio.

- Se utilizan estrategias flexibles para la obtención de datos, lo que conduce a una investigación sistemática guiada por procedimientos rigurosos, mas no homogéneos.

iii. Descripción de la Estrategia Metodológica.

Cuadro 1

Categorías de análisis del proceso metodológico

Objetivos	Categoría Principal	Subcategorías
Recuperar los lineamientos que conforman la Política Social dirigida a las Adolescentes Embarazadas, desde los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, con el fin de constituir un marco de referencia para el análisis de los procesos de trabajo de los y las Trabajadoras Sociales en la atención a ésta población, durante el primer semestre del año 2012.	Conceptos Clave Antecedentes Históricos Contextualización Nacional Política Social	-Caracterización de la Población Adolescente Embarazada -Construcción cultural del embarazo en adolescentes a través de los años, C.R. -Lineamientos Institucionales: C.C.S.S. -Acuerdos Internacionales -Programas Nacionales -Fundamento Jurídico
Identificar, a partir la Política Social dirigida a las Adolescentes Embarazadas, los procesos de trabajo de los y las Trabajadoras Sociales en la atención a esta población, desde los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, con el fin de develar fortalezas y desafíos que se	Contexto Institucional Trabajo Profesional Población Atendida Análisis de Procesos de	-Contexto: soporte para la producción de resultados y alcance de objetivos (programas y proyectos) -Procesos de Trabajo: acciones profesionales, fuerza de trabajo. -Materia Prima: manifestaciones de la C.S. en cada uno de los Hospitales -Instrumentos y Medios:

constituirán en insumos para una propuesta de fortalecimiento de los servicios, durante el primer semestre del año 2012.	Trabajo Fundamento Jurídico	recursos utilizados por los y las T.S. para atender a la población adolescente embarazada -Resultados: aciertos, debilidades, fortalezas.
Construir una propuesta concreta para la atención de Adolescentes Embarazadas desde los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, partiendo de los lineamientos de la Política Social para esta población y la experiencia práctica de los y las profesionales de Trabajo Social de estos centros de salud durante el primer semestre del año 2012, con el fin de potenciar los procesos de trabajo de los y las profesionales.	Percepción de Profesionales en Trabajo Social Observación de los Servicios Recomendaciones para el mejoramiento de la atención de Adolescentes Embarazadas en los centros de salud	-Fortalezas: elementos internos y positivos que diferencian los programas y proyectos de otros de igual clase -Desafíos: problemas internos y externos, que una vez identificados y desarrollando una adecuada estrategia pueden y deben eliminarse

Fuente: Elaboración propia (2012).

Es necesario señalar que la metodología implica siempre una reflexión y argumentación sobre los pasos y operaciones que las investigadoras tienen que dar para construir información y conocimiento sobre su objeto de estudio. Quirós (2003) afirma que en la metodología, el o la investigadora debe descifrar de manera descriptiva, por demás detallada, cómo piensa realizar el trabajo de investigación, teniendo en cuenta cada elemento específico.

En esta línea, la metodología implica una selección de técnicas de investigación y, continuando con la autora, se ha llegado a considerar acertadamente, que la metodología es la selección de estrategias y que del diseño de éstas depende el éxito y la validez de sus resultados.

De ahí que atinadamente se acepte que las estrategias metodológicas es la forma de lograr los objetivos de investigación de la manera más eficiente y eficaz. En ésta, las investigadoras deben amplía sus horizontes de visión de la realidad que desea conocer analizar, valorar, significar o potenciar.

En Trabajo Social, la estrategia metodológica debe permitir además que la investigación supere la mera intencionalidad hacia la realización de acciones profesionales, otorgándole al proceso fundamentación teórica y metodológica, así como intencionalidad ética y política.

A partir de lo anterior, se propone para la presente investigación, una estrategia metodológica organizada en etapas con la finalidad de realizar una lectura de la complejidad del escenario en que Trabajo Social se inserta en los diferentes hospitales seleccionados para el abordaje del embarazo adolescente, incorporando las demandas institucionales e imperativos legales que regulan la intervención social en salud desde la Caja Costarricense de Seguro Social, con la finalidad de valorar las acciones profesionales y su pertinencia en la atención de la población adolescente embarazada.

iv. Etapas de la Investigación.

Con el fin de comprender el proceso metodológico a seguir en esta propuesta de investigación se plantean las siguientes etapas:

I Etapa: Antecedentes de la Investigación.

El estudio se inició en el segundo ciclo del 2010 a través de un proceso académico, tomando forma en el Curso de Diseño del Trabajo Final de Graduación TS-0108, del quinto año de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio, correspondiente al nivel de Licenciatura, en el cual se adquirieron conocimientos y habilidades teórico-metodológicas para la elaboración de la propuesta de Trabajo Final de Graduación en modalidad Seminario.

En esta fase se logró discutir los fundamentos ético-políticos y teórico-metodológicos de la investigación, elaborar el análisis de antecedentes de la investigación o estado del arte, establecer los referentes teóricos que sustentarán el estudio, construir objetivos y una propuesta metodológica de ejecución de la investigación.

La etapa dio como resultado la aprobación de la Investigación Final de Graduación en la Comisión de T.F.G de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica en enero del 2011.

II Etapa: Construcción del marco de análisis de la Política Pública Social dirigida a adolescentes embarazadas.

Esta etapa constituyó la ejecución del primer capítulo de la investigación en donde se construyó un marco de referencia para el análisis de los procesos de trabajo de Trabajo Social a través de la recuperación de la Política Social en materia de adolescentes embarazadas.

Técnica a utilizar:

Revisión bibliográfica y análisis documental.

Esta técnica de recolección y análisis de datos se utilizó a lo largo de toda la investigación, consiste en la obtención de información por medio del uso de datos disponibles, cualquiera que sea su carácter documental: numérico o no numérico, elaborado o en bruto, y que constituye un paso obligatorio en la investigación social en general (Valles, 2000).

Para ello se procede a visitar diferentes bibliotecas dentro de la Universidad de Costa Rica, centros de investigación, y en la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Según la clasificación que coloca Valles (2000), esta propuesta de investigación se apoya en el uso de lo que denomina documentos oficiales de las administraciones públicas, es decir, informes, expedientes médicos y estadísticas oficiales, en este caso de la Caja Costarricense de Seguro Social, específicamente en los hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

III Etapa: Acercamiento a los centros de salud a investigar para la realización del trabajo de campo.

La tercera etapa de investigación consiste en la ejecución del segundo capítulo del estudio, en el cual se pretende identificar los procesos de trabajo de los Servicios de Trabajo Social en los centros de salud a investigar, con el fin de develar fortalezas y desafíos en la concreción de la Política Social en salud dirigida a adolescentes embarazadas, esto por medio del acercamiento a los y las profesionales en Trabajo Social de los hospitales.

Para esta etapa se recurrió a entrevistas a los y las profesionales involucrados a la atención de las adolescentes embarazadas, a continuación se detallan las personas entrevistadas:

Cuadro 2

Profesionales Entrevistadas por las investigadoras en los centros de salud estudiados

Hospital.	Profesionales.
Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.	Esther Sánchez, jefa de registros médicos del Área de Salud, Goicoechea 1.
	Msc. Margouri Gamboa, enfermera Obstetra.
	Mba. Zully Moreno, jefa del Departamento de Trabajo Social.
	Licda. Ericka Obando Castro, Trabajadora Social.
Hospital México.	Lic. Hannia Naranjo. Trabajadora Social, Consulta Externa.
	Lic. Carmen Jiménez. Trabajadora Social, Hospitalización Gineco-Obstericia.
Hospital San Juan de Dios.	Lic. Viviana López. Trabajadora Social. Sub Jefatura del departamento de Trabajo Social.
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.	Msc. Nolbertina Salazar. Trabajadora Social, Jefatura del departamento de Trabajo Social.
	Licda. Sue Ellen Sequeira. Trabajadora Social.
	Msc. Bernardita Zeledón. Trabajadora Social.
	Msc. Sara Torres. Enfermera Obstetra.

Fuente: Elaboración propia (2012).

En esta etapa también se realiza el proceso de análisis de la información recopilada en los diferentes centros de salud estudiados, a través del trabajo de campo, lo cual tiene como producto una síntesis de la atención que se brinda desde los mismos.

Técnicas a utilizar:

Observación No Participante.

La observación no participante se utilizó en la tercera etapa de acercamiento a los centros de salud.

Hernández y otros (1984) definen la observación como "[…] *un registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema de estudio*".

En la observación no participante el investigador o investigadora no participa en el funcionamiento regular del grupo, únicamente se limita a observar de forma silenciosa y desde un punto donde no distraiga o disperse el grupo a estudiar.

Esta técnica es pertinente con la propuesta de investigación ya que, permite obtener información sobre los acontecimientos tal y como se producen en la realidad, como una forma de acercarse al conocimiento de ésta sin intermediarios. Fue desarrollada en la observación de los servicios de atención a las adolescentes embarazadas de los hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, pertenecientes al segundo y tercer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, que incluye: elaboración de guías[2] y observación, observación de los procesos de atención a los y las adolescentes embarazadas.

Entrevista semi-estructurada.

Barrantes (2006) define este tipo de entrevista como aquella que: *"*[...] *no es directiva, es informal, abierta, flexible; en ella, el esquema de preguntas y la secuencia de estas,*

[2] Ver Anexo N°1

no está prefijada; permite mayor adaptación a las necesidades de la investigación y a las características de las personas entrevistadas".

Esta técnica es importante en el proceso de recolección de la información desde esta propuesta, ya que permitió la interacción con personas informantes desde un abordaje que inspire a la libre expresión y que provoque consecuentemente la producción de conocimiento, desde una perspectiva más cercana a la realidad de la atención en salud de la adolescente embarazada dentro de los hospitales seleccionados de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Las entrevistas fueron aplicadas durante la etapa segunda y tercera de la investigación, a expertos en el tema de política social en salud y adolescencia, a jefaturas de los servicios de Trabajo Social, y a funcionarias y funcionarios involucradas en los procesos de atención a las adolescentes embarazadas de los hospitales México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva[3].

Técnica de Análisis de la Información: La Triangulación.

Para el procesamiento de la información en esta investigación se utiliza el método de la triangulación. Según Cisterna (2005), este método consiste en la acción de reunión, confrontación y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el cuerpo de los resultados de la investigación.

La triangulación de la información es la etapa última del proceso de investigación, y se realiza una vez que ha concluido el trabajo de recopilación de la información. El procedimiento práctico para efectuarla pasa por los siguientes pasos:

Seleccionar la información obtenida en el trabajo de campo.

En esta etapa se distinguen los insumos que sirven de aquellos que pueden ser desechados, y esto se realizará tomando en cuenta los criterios de pertinencia y relevancia con la Política Social dirigida a la población de adolescentes embarazadas,

[3] Ver Anexos N°2, N°3 y N°4.

y la expresión de los procesos de atención de las y los profesionales de Trabajo Social, desde los distintos hospitales.

Además se tomó como base para la selección de la información las categorías de análisis elegidas previamente para organizar el desarrollo de la investigación.

Triangular la información obtenida de diversas fuentes de información dentro de cada centro hospitalario.

En este momento de la investigación se establecieron conclusiones ascendentes, agrupando las respuestas relevantes por tendencias, que pueden ser clasificadas en términos de coincidencias o divergencias en cada uno de los instrumentos de recopilación de información aplicados, en un proceso que distingue varios niveles de síntesis, y que parte desde las subcategorías, pasa por las categorías y llega hasta las opiniones inferidas en relación con las preguntas centrales que guían la investigación propiamente. La triangulación de la información se realiza por hospitales, obteniendo síntesis y conclusiones de cada uno de los centros de salud por separado.

Triangular la información entre los diversos centros hospitalarios.

La triangulación en este momento de la investigación permitió establecer relaciones de comparación entre los centros de salud indagados, en función de los diversos tópicos, con lo que se enriquece el escenario desde el que las investigadoras construirán las conclusiones generales sobre los procesos de atención que reciben las adolescentes embarazadas.

Triangular la información recopilada con el marco de la Política Social en salud dirigida a las Adolescentes Embarazadas

Se realiza una revisión y discusión reflexiva de las mediaciones que atraviesan a la Política Social en salud para esta población, evitando que esta quede como un mero marco referencial, sino que sea otra fuente esencial para el proceso de construcción del conocimiento que la presente investigación pretende aportar.

Para ello, se retoma esta discusión y se genera una nueva, pero ahora con los resultados concretos del trabajo de campo desde una interrogación reflexiva entre lo que la Política Social dirigida a adolescentes embarazas revela y lo que sobre ello se ha encontrado en el trabajo de campo.

La realización de esta última triangulación es la que confiere a esta investigación su carácter integrado y su sentido como totalidad. En esta etapa es que realiza la determinación de los nuevos hallazgos y las propuestas concretas de fortalecimiento de los procesos de trabajo con la población adolescente embarazada.

IV Etapa: Construcción de la propuesta de atención a las adolescentes embarazadas.

Ésta etapa de la investigación está direccionada a la construcción de una propuesta concreta a los procesos de atención de adolescentes embarazadas en los centros de salud investigados, parte de los lineamientos de la Política Social y de la experiencia práctica de los y las profesionales en Trabajo Social y otros profesionales de la salud, con el fin de potenciar los procesos de trabajo dirigidos a esta población específica.

V Etapa: Conclusiones y presentación de resultados.

Se presentarán las conclusiones, resultados y recomendaciones de la investigación, de acuerdo a los objetivos y categorías de análisis establecidas, tanto al tribunal examinador del Trabajo Final de Graduación, como a las jefaturas y funcionarios de los centros de salud seleccionados.

CAPÍTULO IV

Contextualización teórica y jurídica de la política social de atención a la población adolescente embarazada en Costa Rica.

En el presente apartado se presentan los referentes conceptuales, contextuales, institucionales y legales que sustentan la investigación. De esta forma se contextualiza el estudio en el marco de la realidad nacional e institucional, y de igual manera se plantean los lineamientos teóricos que guiarán el análisis a realizar.

4.1. Referentes Conceptuales.

4.1.1. Salud como producto social.

Tanto la salud tanto como la enfermedad, son procesos colectivos, producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, económicos, políticos, sociales y culturales, que se dan en una sociedad y en un determinado momento histórico.

Los diferentes colectivos sociales participan de la producción social y de la distribución de lo que se produce. Esto determina sus condiciones laborales, su acceso a la cultura, a la educación formal, entre otros. Pero además, su ubicación geográfica los relaciona con condiciones físicas tales como el clima, la riqueza del suelo y los recursos naturales disponibles (O.P.S., 1999).

La articulación de “lo social” al concepto de salud supuso una ruptura con las concepciones tradicionales, biologistas, higienistas y epidemiológicas de la salud. De esta forma, con la introducción de “lo social” se amplía el concepto de salud (o su ausencia) y de enfermedad (o su ausencia) a la conceptualización del proceso de salud-enfermedad, determinado por las condiciones materiales de vida de las personas y grupos sociales, es decir, por las dimensiones de la reproducción social. Por lo tanto, no se toman en cuenta únicamente las formas de reproducción social con su componente económico dominante, sino también los elementos como la organización de la vida cotidiana, la socialización, la afectividad, la sexualidad, la subjetividad, la cultura y el placer, entre otros aspectos de la experiencia social individual (C.C.S.S., 2004).

Lo anterior se encuentra en congruencia con la definición de una concepción ampliada de salud, que reconoce tanto lo estructural de la determinación social de la salud, como la participación del sujeto social con sus particularidades.

De esta forma, la respuesta social está sustentada en la planificación de estrategias y la organización de intervenciones. Esto desde una perspectiva integral para enfrentar las necesidades y los problemas que afectan a la salud como elemento colectivo. Esta respuesta social involucra acciones estatales, comunitarias, grupales e individuales.

Estas acciones se activan e implementan, según los intereses y prioridades de los actores sociales participantes, eso incluye a los servicios de salud y la orientación con la cual desarrollan la prestación, es decir, con estrategias de promoción, prevención, curativas y de rehabilitación (C.C.S.S., 2004). Todo esto en un intento por producir servicios de salud integrales, que valoren al o la sujeta de atención como un todo y no como un entre fragmentado. Por lo que se retoma un modelo de atención integral en salud.

4.1.1.1. Salud Integral.

Históricamente el concepto de salud ha ido evolucionando, desde una aprehensión meramente biologista, que se limitaba a abarcar el proceso salud–enfermedad, hasta la actualidad donde se han hecho esfuerzos importantes por ampliar el concepto de salud, entendiéndolo como un aspecto multidimensional.

De esta forma, el concepto de salud es entendido actualmente como un estado de equilibrio no solamente físico, sino también social, psíquico y espiritual. Según el documento "Sobre el Concepto de Salud" (s.f.) la salud es uno de los anhelos más esenciales del ser humano, y constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y felicidad. Asimismo, es el medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, por lo tanto, es también la condición que permite la realización del potencial humano de cualquier persona.

El concepto "salud" es un término amplio y complejo, en el que, como señala Feito (2007), se pueden dar las siguientes características:

> *"De la salud tendremos que decir* […] *es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica*

> *multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción)"*

Lo anterior evidencia que es un concepto complejo a definir y que claramente no se puede limitar a su dimensión biológica; es por esto que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (1946), la definió en su preámbulo como "[…] *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, credo* […]*".*

El Programa de Coordinación en Salud Integral (P.R.O.C.O.S.I.) (s.f.) define la salud integral como un proceso dinámico de interrelación, que se da entre el individuo y su entorno social, económico, cultural, ambiental y político, lo cual permite un desarrollo físico, mental, social y espiritual.

De esta forma, como aspecto central de la salud integral se identifica la búsqueda de bienestar, tanto para una persona como para el resto del colectivo social; este bienestar debe incluirse en el aspecto mental, físico, económico y social (P.R.O.C.O.S.I., s.f.).

4.1.2. Adolescencia.

Para abordar el tema de salud es necesario puntualizar en el grupo etario que es objeto de estudio de la presente investigación; es importante rescatar que no existe un concepto universal de adolescencia sino muchas definiciones, que catalogan a los y las adolescentes por edad, o por sus características biológicas y psicológicas.

En una conceptualización muy general, la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S., 2002) define a los y las adolescentes como seres humanos concretos, en búsqueda de caminos de crecimiento y equilibrio. Hombres y mujeres con derechos, deberes y compromisos sociales, ciudadanos y ciudadanas con sueños, expectativas, ideales, problemas y dificultades, en procesos de construcción de su autonomía y su proyecto de vida.

Margulis y otros (2003) destacan características generales de la etapa de la adolescencia como parte del ciclo vital tales como: cambios corporales progresivos,

desarrollo y fortalecimiento de un pensamiento abstracto, elaboración de duelos por la pérdida de su cuerpo infantil, redefinición de la relación con los padres y madres y otras figuras de autoridad, ampliación del mundo social por medio de la experiencia con el grupo de pares, elaboración de la identidad, construcción de una cosmovisión y una ontovisión propias, búsqueda de autonomía, planteamiento de metas, expectativas y proyectos a futuro, definición de la identidad sexual, la identidad de género y la orientación sexual.

La adolescencia está condicionada por factores de contexto y procesos sociales que particularizan y repercuten en el desarrollo de esta etapa tales como: la vinculación entre el lugar de procedencia, la condición económica y la ocupación (aspecto que se retomará con detalle más adelante), el género al que pertenecen, las oportunidades a las que tienen acceso (educación, trabajo, información), estructura y dinámica familiar y los factores culturales como las creencias, patrones de crianza, mitos, estereotipos, entre otros.

Todos estos condicionantes inciden en la forma en cómo las personas adolescentes viven ese momento de desarrollo, lo cual permite ampliar las posibilidades de análisis de las diversas dimensiones de la adolescencia.

Dado a que este es un grupo etario heterogéneo, donde los cambios físicos, emocionales y cognitivos se acentúan conforme pasan los años, se contempla esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años).

4.1.2.1. La Adolescencia Temprana.

Se entiende como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. En esta etapa comienzan a manifestarse los cambios físicos, empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos y características sexuales secundarias. Estos cambios externos son obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los y las adolescentes.

Según Garita (2001) los cambios internos que tienen lugar en la persona, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. En estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número

de células cerebrales pueden llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las mujeres como los varones cobran mayor conciencia de su género y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. En esta primera etapa el imaginario del género está estrictamente asociado a los roles tradicionales patriarcales de “hombre proveedor y mujer madre”. Los procesos de socialización/aprendizaje se hace en relación a personas (pares o mayores) del mismo género, dado a que la necesidad de construir un mundo propio determina la posibilidad de compararse entre iguales con el fin de establecer conductas imitatorias (Garita, 2001).

Una característica importante en los adolescentes a esta edad es que empiezan a asumir, por obligación o por voluntad, nuevas responsabilidades dentro y fuera del hogar, como parte de las transiciones de la infancia a la adultez. Esta característica implica transformaciones en la relaciones entre padres/madres e hijos/hijas, nuevas reglas, tareas, quehaceres, roles, permisos y negociaciones. Dependiendo de la dinámica familiar y de las particularidades del contexto, este aspecto será motivo de conflictos y distanciamientos entre los y las adolescentes y los padres o las figuras de autoridad.

En la adolescencia temprana, la sexualidad es parte de la exploración, curiosidad y experimentación que genera el cambio corporal. Las dudas más frecuentes respecto a la sexualidad en esta etapa refieren a aspectos fisiológicos y por lo general recurren a sus pares, la televisión, internet y en menor cantidad a sus maestros, padres/madres o personal de salud para evacuar dichas dudas (Garita, 2001).

4.1.2.2. La Adolescencia Tardía.

Según Garita (2001) la adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, han tenido lugar los cambios físicos más importantes aunque el cuerpo sigue desarrollándose.

Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad. Se da una mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y futuro. El poder comprender y compartir los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, los y las lleva a adoptar posturas y a formular opiniones sin temor a expresarlas.

El desarrollo de la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes aumenta en la medida que se avanza en esta etapa, de manera que la temeridad como rasgo común de la adolescencia temprana, disminuye hacia el término de la adolescencia tardía.

Siguiendo a Garita (2001) es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la construcción del mundo que les rodea, así como en la construcción de sus proyectos de vida.

Respecto a la sexualidad, esta se torna más coital. Sin embargo, se denota la necesidad de buscar el “amor sensual” en parejas “estables”, las cuales se presentan como objetivo luego de haberse desprendido en gran medida de sus padres. Paralelo a esto, se continúa con el proceso de construcción y desarrollo de la identidad sexual.

Cabe destacar de manera importante que la adolescencia en su totalidad, se experimenta de distintas maneras en cada sociedad, e incluso dentro de las sociedades pueden existir grandes diferencias en la forma en la que algunos y algunas jóvenes experimentan la adolescencia comparados con otros (Garita, 2001).

Los factores socioculturales influyen en cómo los y las adolescentes experimentan esta etapa de la vida, y el comportamiento sexual refleja la variedad de normas a los que han sido expuestos y en las que han sido criados, así como las expectativas que cada

uno desarrolle. Según Garita (2001) estos factores socioculturales abarcan cinco grandes categorías:

- Las características individuales de los y las adolescentes, incluyendo sus conocimientos, actitudes, creencias, valores, motivaciones y vivencias.
- Pares y parejas sexuales.
- Familias y adultos en la comunidad.
- Instituciones que apoyan a la población adolescente y les proporcionan oportunidades, como centros educativos, lugares de trabajo, organizaciones religiosas, O.N.G.´s.
- La sociedad a través de la cual se transmiten las expectativas sociales sobre normas de género, comportamiento sexual, matrimonio y maternidad.

4.1.3. Embarazo Adolescente desde una perspectiva de género.

La situación de embarazo en la adolescencia constituye el elemento fundamental del objeto de estudio de la presente investigación. En un marco ideológico, patriarcal y desigual, en el cual la sociedad organiza su reproducción, es el escenario en el que se movilizan las estructuras sociales, normativas, y morales sobre la vivencia de la maternidad, la cual está dirigida a ciertas mujeres, y bajo determinados vínculos y relaciones, de lo contrario se devalúa.

Treguar y Carro (1992) exponen que el embarazo en la adolescencia ha estado expuesto a múltiples razonamientos y todos ellos apuntan hacia la búsqueda de respuestas en torno a la actividad sexual de las adolescentes. Carencias afectivas, problemas familiares, presión de grupo, estímulo de medios de comunicación, han sido algunas de las variables explicativas del aumento en el número de embarazos en edades tempranas. En todas ellas priva el hecho de asociar de manera automática, las relaciones sexuales con la procreación, esto como resultado de un condicionamiento cultural que no ha ofrecido una intermediación subjetiva y objetiva entre la experiencia sexual y la ocurrencia de embarazos.

En la etapa de la adolescencia, el cuerpo se convierte en un eje central de atención y referencia, es por ello que entre las principales inquietudes de las adolescentes

embarazas, figuran las relacionadas con la imagen corporal. Paralelamente, el estado emocional durante el embarazo y posterior a él se encuentra muy relacionado con la estabilidad familiar, que no siempre es la ideal.

> *"Frecuentemente se habla del embarazo adolescente como problema en sí mismo, sin tomar en cuenta que el problema lo generan fundamentalmente las condiciones en que se produce, especialmente la falta de información, el inadecuado manejo de la sexualidad, la asignación exclusiva de la responsabilidad del embarazo a la mujer, la falta de apoyo familiar, la ausencia de padre, el no acceso a los servicios de salud, las limitadas oportunidades que se les presentan a la mujeres adolescentes para construir proyectos de vida"* (Centro para el desarrollo de la Mujer y Familia, citado por Chávez y Delgado 2003).

Por otra parte, para entender el embarazo en la etapa de la adolescencia es necesario retomar la categoría de género; el cual está conformado por las características sociales y culturales que define la sociedad correspondientes a hombres y a mujeres de acuerdo con sus características biológicas que da el sexo, de forma tal que se construyen las identidades masculinas y femeninas.

El Instituto Nacional de las Mujeres (2008) define el género como "[…] *una construcción social que va a estar determinada por la cultura en la que se está inmersa, la etnia a la que se pertenece, la condición social que se tenga, la edad, la creencia religiosa, la posición política, la historia personal y la historia comunitaria. Todos estos factores determinan qué debemos ser y hacer dependiendo de nuestro sexo*".

El Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la familia (1998) expone que lo que respecta al género es fundamental, puesto que éste marca lo que socialmente se espera por parte de los hombres y de las mujeres en cada etapa de la vida, y generalmente se define en mayor medida en la etapa de la adolescencia, ya que "[…] *en la adolescencia mujeres y hombres reelaboran su identidad sexual, en lo relacionado con los sentimientos hacia su sexo biológico, su identidad de género y la elección de pareja sexual*." (Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, 1998).

Es necesario tener claro entonces que el género es una construcción social, por lo que varía de una cultura a otra y de la misma forma varía en una misma cultura a través del tiempo, es decir que el género no es natural, sino que al ser algo construido también puede ser transformado, y depende del contexto en el que las personas se desarrollen la identidad de género que las mismas interiorizarán, lo que también puede cambiar con el tiempo, jugando un papel importante el proceso de socialización con el que se cuente.

La sociedad patriarcal en la que el país se encuentra inmerso tiene una gran relevancia en la construcción del género, ya que la visión de mundo desde una perspectiva patriarcal pone lo masculino como modelo de lo Humano, donde la masculinidad ejerce el poder. A pesar de que a través del traspaso de generación en generación de los valores del patriarcado éste va sufriendo transformaciones históricas y culturales, la identidad de género igualmente se construye dentro de este sistema, teniendo como consecuencia la reproducción de una subvaloración e invisibilización, provocando y promoviendo la desigualdad en el poder y la jerarquización entre las personas, entre los hombres y las mujeres (Instituto Nacional de las Mujeres, 2008).

A partir de esto se conforma la denominada teoría o perspectiva de género, misma que pretende tomar en cuenta las diferencias que se hacen a nivel de la sociedad para hombres y mujeres, así como la importancia de reconocer y promover la igualdad y equidad entre géneros.

INPPARES (s.f.) menciona que la perspectiva de género refiere a "[…] *la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de mujeres y hombres*".

Gamba (2008) expone que la perspectiva de género implica:

> "*a) Reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorias para las mujeres;*
>
> *b) Que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas;*
>
> *c) Que las mismas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión*".

De esta forma la misma autora plantea que le perspectiva de género es una concepción epistemológica que comprende la realidad desde una visión de géneros y las relaciones de poder que se dan entre ellos.

Así mismo esta perspectiva comprende que las relaciones de desigualdad entre géneros tienen efectos en la producción y reproducción de la discriminación, y se expresa concretamente en todos los ámbitos de la cultura, tales como el trabajo, la familia, la política, las organizaciones, el arte, las empresas, la salud, la ciencia, la sexualidad, la historia, entre otras.

De esta forma, tomando en cuenta la perspectiva de género y se coloca la categoría maternidad, entendiendo esta no solo desde su componente biológico, es decir, todo lo referente a sexualidad y capacidad reproductiva que poseen las mujeres, sino de una manera integral que no limite este amplio concepto a esta posibilidad biológica femenina de engendrar y dar a luz, esconde las implicaciones políticas, sociales y económicas de la existencia de una actividad maternal.

Rosalía Camacho (1997) explica que trascender la perspectiva biológica remite necesariamente a la construcción social que se ha otorgado al género femenino como cuidador de la humanidad. Esta autora separa la capacidad biológica de reproducción que poseen las mujeres, de todas las imposiciones, acciones y aprendizaje social que se genera a partir de ese hecho, lo cual responde a la socialización de género conformada por una serie de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales.

Desde esta perspectiva que presenta la autora, se debe entender que la maternidad está conformada tanto por el acto biológico de gestar y parir, y los cuidos que el nuevo ser humano requiere, pero además, todas aquellas actividades de cuido que desarrollamos las mujeres y que están vinculadas a la esfera de lo doméstico.

4.1.3.1. Componente fisiológico del embarazo en las adolescentes como factor de riesgo.

A nivel social se concibe el embarazo y la maternidad adolescente como “problema” o “riesgo”, esto tanto a nivel social, emocional y en el campo de la salud. Guzmán (1997)

plantea que los riesgos fisiológicos de la maternidad en la adolescencia no superan los riesgos que enfrentan la mayoría de las mujeres adultas, estando como excepción las adolescentes menores de 15 años.

Expertos en materia de salud afirman que los casos de embarazo con mayor nivel de riesgo se encuentran en los extremos de edad de las mujeres gestantes, como lo son las mujeres menores de 15 años y las mayores de 35 años.

Mata (1992) expone que el riesgo de las complicaciones del embarazo en adolescentes se vincula a factores como la edad, la pobreza, la alimentación deficiente y la escasa atención médica. Esta última se debe en gran medida a la captación tardía de la población adolescente gestante a la consulta prenatal, y esto se relaciona mucha veces por el temor que deben enfrentar de exponer ante familiares y la sociedad su estado, lo que en algunos casos resulta la identificación de complicaciones a destiempo.

La misma autora menciona que las complicaciones gestacionales que predominan entre las adolescentes embarazadas se encuentran la toxemia (actualmente conocida como pre-eclampsia), la eclampsia, la anemia, la desproporción cefalopélvica y parto prolongado, así como la prematurez y el bajo peso al nacer, que según la autora es más elevado en hijos e hijas de adolescentes, de la misma forma que la mortalidad perinatal y neonatal.

De esta manera se concibe a las adolescentes embarazadas y madres en condición de vulnerabilidad, puesto que al no tener una madurez fisiológica completa, corren un alto riesgo de presentar complicaciones que limitan tanto la vida de éstas como de sus hijos e hijas. Esta vulnerabilidad aumenta en los sectores de población en condiciones socioeconómicas limitadas, debido a que se dificulta el acceso a los servicios de salud, a la educación, entre otros aspectos, que significan para estas adolescentes una serie de problemáticas a corto y largo plazo.

Desde esta perspectiva, se enfatiza el hecho de que los riesgos propios del embarazo están fundamentalmente asociados con las condiciones psicosociales en que este se desenvuelve; agravadas por las barreras que impone la rigidez, el autoritarismo, la falta de preparación y disposición con que se asume personal (la adolescente) y profesionalmente la situación, lo cual es precisamente uno de los principales factores de riesgo en la evolución del periodo de gestación durante la adolescencia, en tanto

restringen las posibilidades de que la joven tenga acceso a los servicios de salud que requiere su estado (Treguear y Carro, 1992).

4.1.3.2. Condición social de la adolescente embarazada y madre como factor de riesgo.

La condición social es determinante en la salud de las personas, esto se agudiza en las adolescentes embarazadas, debido a su condición de mujeres menores de edad y dependientes, lo que las coloca en un estado de vulnerabilidad.

Pobreza

En un estudio sobre el embarazo en la etapa de la adolescencia es de gran relevancia definir qué se entiende por pobreza, puesto que la C.E.P.A.L. (2007) afirma que la fecundidad en edades tempranas es más frecuente entre las adolescentes que provienen de estratos empobrecidos: "*La probabilidad de ser madre en esa etapa de la vida aumenta entre las adolescentes pobres* […]" (p. 7).

La categoría pobreza tiene muchas definiciones que se complementan según el autor que la exponga, pero coinciden en que ésta "[…] *es de naturaleza compleja, relacional y multidimensional* […]" (Arriagada, 2005: 102).

Es importante señalar, tal como lo afirma Arriagada (2005) las causas y características de la pobreza varían de un país a otro y la interpretación de su naturaleza depende tanto de factores culturales, como de género, raza y etnia, así como del contexto económico, social e histórico en el que se delimite.

Menjívar y Trejos (1992), afirman que "no existe un marco teórico" único para explicar la pobreza en su totalidad, puesto que ésta se compone por distintos elementos, por ende, el concepto no permite por sí mismo clasificar a las personas en condición de pobreza como un grupo social específico, con orígenes, comportamientos y relaciones sociales comunes.

Es decir, la pobreza adquiere determinadas características de acuerdo con la historia, la cultura, la región, el género, el sistema económico, social, religioso y hasta la geográfica. De esta forma la pobreza se define a un nivel amplio como "[…] *la*

presencia de niveles de vida socialmente inaceptables." (Menjívar y Trejos, 1992: 15). A estos modos de vida se articulan varios aspectos tales como la carencia en la formación de habilidades y destrezas de las personas pobres, la insuficiencia de activos físicos que generen ingresos adecuados y el no acceso al poder político, situaciones que imposibilitan a las personas pobres de cambiar su situación por sí mismas, en suma "[…] *su conceptualización es de naturaleza histórico-cultural, es decir es profundamente relativa*." (Menjívar y Trejos, 1992: 17).

Aunado a lo anterior, Cordero y Gamboa (1990) coinciden con Menjívar y Trejos en cuanto a que el momento histórico le imprime a la pobreza características específicas y la definen como "[…] *la satisfacción insuficiente de las necesidades básicas humanas dadas en un momento histórico concreto, específicamente se trata de la alimentación, la vivienda, el vestuario, la salud, la educación y la recreación*."(Cordero y Gamboa, 1990: 1).

Por su parte la C.E.P.A.L. define la pobreza como "[…] *un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo, actitudes de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social, y quizá la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna medida de la del resto de la sociedad"* (Altimir, citado por Arriagada, 2005: 103).

Según Arriagada (2005) se han identificado seis fuentes de bienestar de las personas y hogares:

a. el ingreso;
b. los derechos de acceso a servicios o bienes gubernamentales gratuitos o subsidiados;
c. la propiedad o derechos sobre activos para uso o consumo básico (patrimonio básico acumulado);
d. los niveles educativos, con las habilidades y destrezas como expresiones de la capacidad de hacer y entender;
e. el tiempo disponible para la educación, el ocio y la recreación, y
f. las dimensiones que en conjunto fortalecen la autonomía de las personas.

Por ende la autora afirma que:

> *"*[…] *pobreza queda definida en su versión más amplia por los ingresos bajos o nulos; la falta de acceso a bienes y servicios provistos por el Estado, como seguridad social y salud, entre otros; la no propiedad de una vivienda y otro tipo de patrimonio; nulos o bajos niveles educativos y de capacitación, y la carencia de tiempo libre para actividades educativas, de recreación y descanso, todo lo cual se expresa en falta de autonomía y en redes familiares y sociales inexistentes o limitadas*" (Arriagada, 2005: 103).

Por otra parte, es de gran relevancia definir la pobreza como una manifestación de la "cuestión social", por lo que se retoma la concepción de Netto (2006), quien comprende la pobreza y desigualdad fundada en la tradición teórica de Marx, partiendo de que existe un desarrollo capitalista, producción exponencial de riqueza y producción reiterada de pobreza; elementos que encuentran su fundamento teórico en la ley general de acumulación capitalista. Además, se destaca que la pobreza resulta en la contraparte de la riqueza socialmente producida y no proviene de una penuria generalizada, sino de una paradoja y continua producción de riqueza.

De la misma forma, Cordero y Gamboa (1989) entienden la concepción de pobreza desde el sistema de explotación capitalista, donde se manifiesta una insuficiente satisfacción de las necesidades básicas humanas, tales como alimentación, vivienda, vestuario, salud, educación y recreación, éstas expresadas en una coyuntura histórica concreta.

Feminización de la pobreza

El concepto de "feminización de la pobreza" se articula a partir de la década de los años 70, y tuvo su mayor auge en la década de los años 90, entendiéndose como un cambio en los niveles de pobreza, el cual muestra una tendencia en contra de las mujeres o los hogares a cargo de mujeres (Medeiros y Costa, 2009).

Según Pérez (2003) para comprender el concepto de "feminización de la pobreza" es necesario definir el concepto de "nueva pobreza" o bien de "nuevas/os pobres", el cual se refiere a aquellas personas que a pesar de disponer de un empleo o de alguna

prestación o subsidio estatal, no poseen los recursos suficientes para cubrir sus necesidades. De esta forma, dentro de las/os nuevas/os pobres, la mayoría son mujeres y es a esta realidad a la que se ha denominado “feminización de la pobreza”, o “feminización del empobrecimiento”.

Por otra parte, los estudios de género establecen diferentes conclusiones que parten de los conceptos de vulnerabilidad, exclusión, desigualdad y marginación, los cuales derivan en carencias y privaciones para las mujeres (Arriagada, 2005). En general, se centran en destacar el hecho de que las mujeres asumen en mayor medida los costos privados, monetarios y no monetarios, que los hogares enfrentan para lograr condiciones mínimas de bienestar.

Por ende se entiende como “feminización de la pobreza”, la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres por su condición. Este concepto está ligado a los niveles de pobreza, ésta se presenta en la diferencia entre mujeres y hombres, o entre los hogares a cargo de mujeres por un lado, y aquellos a cargo de hombres o parejas por el otro. Del mismo modo, otro elemento a considerar en la “feminización de la pobreza” son las desigualdades basadas en el género, que se configuran como uno de los elementos claves dentro de esta situación.

Según Anderson (1994, s.p.)

> “*La mayor vulnerabilidad de las mujeres a los procesos de empobrecimiento viene determinada por las condiciones adversas en que ellas acceden al mercado de trabajo, su extensa dedicación a tareas no remuneradas, sus déficits de alimentación, educación y atención sanitaria, y su menor dotación de activos económicos, sociales y culturales en comparación con los hombres*”.

De esta forma, el referente principal de la “feminización de la pobreza” son los ingresos, sin embargo se deben tomar en cuenta tres elementos importantes que forman parte esencial de esta categoría; por una parte el hecho de que las mujeres representan un porcentaje desproporcionado de la pobreza mundial, por otra que esta tendencia está en incremento, y por último que el incremento femenino de la proporción de pobreza se relaciona a la creciente incidencia de mujeres que encabezan un hogar (Chant, Jaén, Castellón y Rojas, 2007).

Por lo tanto, la "feminización de la pobreza" se refiere a *"*[…] *la desproporcionada representación de las mujeres entre los pobres comparada con los hombres*." (Anderson, citado por Prada, 2001: 150).

De esta manera lo expone Fernández (1990) al plantear que las diferentes interpretaciones y medidas de la feminización de la pobreza tienen en común suponer que las mujeres son más numerosas que los hombres en el volumen total de los pobres, y que es un fenómeno ascendente en su magnitud y en el tiempo.

4.1.4. Construcción cultural e histórica del embarazo en adolescentes.

La condición de adolescente constituye una construcción histórica que se ha venido modificando a lo largo del tiempo. No se trata solo del hecho de ubicarse en una franja etaria determinada en razón de la edad biológica que se tenga, depende principalmente del reconocimiento cultural de las condiciones que caracterizan a esta etapa de la vida.

En otras palabras, ser considerado adolescente va de la mano con las nociones asociadas a los deberes y derechos que les competen, así como de ideas y estereotipos que se les atribuyen.

La sexualidad, la fecundidad y la maternidad/paternidad de los y las jóvenes menores de 20 años vienen siendo estudiadas desde hace más de cuatro décadas. Las investigaciones han abordado cuestiones tan variadas como el inicio de la vida sexual, los comportamientos, prácticas y preferencias sexuales, el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos, las condiciones de acceso y uso de servicios de salud reproductiva, las trayectorias sexuales, los motivos para continuar o interrumpir embarazos, las prácticas abortivas y experiencias de maternidad/paternidad (Gogna, 2006).

La mayoría de los estudios intenta responder tres preguntas fundamentales: ¿cuáles son los factores que contribuyen a que los y las jóvenes inicien relaciones sexuales?, ¿cuáles son los factores que inciden en el uso inconsistente o el no uso de métodos anticonceptivos? y ¿cuáles son las causas y las consecuencias del embarazo, la maternidad y la paternidad en estas edades?

El análisis de las asimetrías de género y clase permitieron traer a colación la categoría genérica de adolescencia para reconocer y explicar la multiplicidad de situaciones derivadas de la inequidad de género. Sin embargo, los enfoques tradicionales sobre salud del o la adolescente, llamados hegemónicos, se apoyan explícita o implícitamente en un marco conceptual que opera en sentido inverso al reconocimiento de la diversidad. Señalan que, independientemente de otra consideración, todos los y las adolescentes comparten por igual una característica que opera mediando negativamente los factores sociales: los y las adolescentes no tienen la madurez psicológica ni emocional y no poseen las capacidades necesarias para evaluar las consecuencias de sus acciones (Gogna, 2006).

La expresión "embarazo adolescente" denota una valoración negativa y se entiende como un problema público sobre el cual la opinión de los adultos tiene tanto o mayor peso que la de las propias adolescentes.

Esa valoración negativa se dirige exclusivamente a las adolescentes, pues se considera que todavía no han desarrollado cualidades (propias de los adultos) para enfrentar los riesgos potenciales que pudiera acarrear, no ya el embarazo sino la propia maternidad.

Según Gogna (2006) la temática del embarazo en la adolescencia como un "problema" de salud pública, merecedor de atención en términos de investigación y de intervención por parte del Estado, surge en la década de los años 60 acompañando los cambios socio-demográficos, económicos, culturales, e ideológico-políticos que tuvieron lugar tras la Segunda Guerra Mundial.

No es si no en la década de los años 90, donde se empieza a hacer ruptura de los discursos hegemónicos, y se comienza a investigar a la adolescente embarazada como un ser integral, mediada por múltiples factores que inciden en su situación. Lo anterior aunado a la lucha feminista y al discurso de equidad de género cada vez más arraigado en la sociedad occidental, fueron estructurando cambios en la visión de mundo respecto a la vivencia del embarazo durante la adolescencia (Gogna, 2006).

En la actualidad se observa cómo la nueva definición de sexualidad, la autonomía de los y las jóvenes frente a las familias, la tendencia a la igualdad en las relaciones mujer y hombre, y el hecho relevante de que la maternidad ha cambiado de lugar en la lista de prioridades femeninas, ha transformado el significado del embarazo adolescente.

Fuller (1998) señala que a raíz del cambio generado por estos factores, la adolescencia y la juventud femenina de la actualidad se han tornado más complejas en diversos aspectos: el erotismo se ha separado de la reproducción, y se ha abierto la posibilidad de que las jóvenes vivan un período de circulación erótica asociada al placer que forma parte de la experiencia vital de toda mujer en estos tiempos.

La idea de la maternidad se aleja y difiere, y aún superada la adolescencia, ya no es una meta que define y engloba el proyecto de vida de muchas mujeres. La necesidad de estudiar y de insertarse al mercado laboral se plantea como una exigencia para obtener reconocimiento, reemplazando la antigua idea de que una mujer era reconocida por su capacidad de engendrar y criar. La mayoría de jóvenes se definen hoy como profesionales, estudiantes, antes de esposas o madres.

No obstante, es necesario aclarar que la sociedad actual sigue arrastrando patrones del modelo patriarcal, por lo que en muchas ocasiones las adolescentes se ven enfrentadas a la necesidad de balancear dos demandas opuestas que responden a diferentes definiciones de la femineidad: la afirmación de un proyecto individual simbolizado por su capacidad de culminar sus estudios y la satisfacción inmediata de ser consideradas adultas en su entorno social, es decir, se espera de ellas que se casen y tengan hijos.

Fuller (1998) señala que mientras que la tendencia actual parece conducir a cambios drásticos en la definición de la identidad femenina que llevarían a romper la asociación de la maternidad y femineidad, en el caso de las poblaciones adolescentes, principalmente de escasos recursos económicos, esta tendencia es problemática debido a la mediación de varios factores, entre ellos la divergencia entre las definiciones de encuentro sexual de varones y mujeres, la búsqueda de las mujeres adolescentes de reafirmar su propia sexualidad e independencia respecto a los padres y el desencuentro entre las expectativas de mayor desarrollo individual e inserción a la esfera pública frente al logro inmediato del reconocimiento social a través de la maternidad.

A los problemas asociados al embarazo adolescente se les ha otorgado características diferentes según el sector social donde se manifieste. Por ejemplo, en el sector rural tradicional el concepto de adolescencia no existe, por el contrario, a muy tempranas edades se asumen responsabilidades familiares y laborales, el embarazo se da frecuentemente antes de los 18 años, lo que conduce a uniones tempranas, por lo que

el embarazo en adolescentes es visto como un evento normal, no problemático, y aceptado dentro de las costumbres.

En los sectores urbano-marginales, el embarazo en adolescentes es percibido como la solución a problemas sociales y familiares en un contexto de falta de opciones; las relaciones producto de estos embarazos terminan por desaparecer dejando un número de madres solteras, abortos, y declive de las condiciones de vida de la madre y su hijo o hija.

En los sectores urbano-populares el significado del embazado en las adolescentes varía, pues es visto como un evento inesperado que puede limitar las aspiraciones de ascenso social de las familias, este hecho acarrea principalmente conflictos emocionales serios en las adolescentes quienes se ven ante un embarazo no deseado, con los estudios inconclusos y con contradicciones normativas y morales.

En los sectores medios y medios-altos, donde las familias aspiran a que sus hijos e hijas terminen sus estudios universitarios, la dependencia económica de los y las jóvenes se prolonga hasta casi la tercera década de la vida, el embarazo en la adolescencia tiende a ser visto como un “accidente” ya que se supone que por la calidad y el nivel de la educación recibida, así como por el acceso a la información, los y las adolescentes están conscientes del uso de métodos preventivos del embarazo.

Según Murillo (2006) el tema del embarazo adolescente se ha visto atravesado por el adultocentrismo, que caracteriza a la sociedad patriarcal en la que aún se encuentra sumida la realidad social nacional. Paralelo a esta situación de invisibilización de la población adolescente, la sociedad movida por los medios de comunicación masivos donde circulan y se exhiben múltiples modelos de identidad, tienden a generar un impacto en el imaginario y las prácticas sociales de las nuevas generaciones, lo cual obstaculiza que sectores poblacionales como los y las adolescentes, logren reivindicar su rol activo como sujetos sociales.

Es necesario pensar a la población adolescente, y específicamente a las adolescentes embarazadas como un grupo heterogéneo y con diversos grados de “vulnerabilidad”, no por alguna característica intrínseca, sino como resultado de las condiciones sociales en las que se constituyen como sujetos sociales.

4.1.5. Caracterización de la población adolescente.

Para lograr una mayor comprensión de la situación del embarazo en adolescentes, es necesario abordar la adolescencia como una etapa particular de la vida humana.

Para la presente investigación, se comprende la adolescencia como una etapa de la vida en la cual se hacen presentes cambios físicos, psicológicos, biológicos y sociales, cuya evolución dependerá en gran medida del entorno socioeconómico, cultural, psicosocial de cada persona. Krauskopf (1999, s.p.) comprende ésta como "[…] *el período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propios*".

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (en Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, 1998) los y las adolescentes constituyen la población con edades entre los 10 y los 19 años, y es un concepto que surge aproximadamente en los años 50 y 60, entendiéndose como el tiempo necesario para la adquisición de instrumentos cognitivos, conductuales y psicosociales requeridos para la inserción en el mundo laboral, por ende inicia en la aparición de la pubertad y finaliza en la adultez, misma que se asocia a la independencia económica.

Krauskopf (1999, s.p.) plantea que la adolescencia se constituye en varias etapas, las cuales no se deben entender como secuencias rígidas, puesto que *"*[…] *las aceleraciones y desaceleraciones de los procesos dependen, a lo menos, de las diferentes subculturas, la situación socioeconómica, los recursos personales y tendencias previas, los niveles alcanzados de salud mental y desarrollo biológico, las interacciones con el entorno, y, entre estas, las relaciones de género y las relaciones intergeneracionales".*

4.1.6. Caracterización de la población adolescente embarazada.

Dadas las diferentes características definidas para el mismo grupo de edad, se puede afirmar que es muy diferente un embarazo en la adolescencia temprana que en la tardía, no solo por el nivel de desarrollo físico, sino por la capacidad cognitiva y

emocional, y los recursos personales y sociales para asumir la maternidad, esto se puede comprender si se observa la caracterización de la población adolescente embarazada.

Cuando se hace referencia al embarazo en adolescentes, se habla de una situación multidimensional y multi-causal, por lo cual es difícil hacer una caracterización de la población rígida y estructurada, ya que el hecho de que una adolescente atraviese por un periodo de embarazo, obedece a factores culturales, históricos, económicos, políticos y familiares.

Un embarazo es una situación de impacto y relevancia para la vida de toda mujer sin importar edad, sin embargo, en la adolescencia esta noticia produce conmoción y afecta de manera drástica la historia de cada joven; de tal manera que se considera importante para el análisis tomar en cuenta el impacto que produce en las adolescentes la noticia y cuánto puede repercutir eso en su entorno, qué recursos personales posee para sobrellevar los cambios propios de la etapa adolescente y además de una gestación.

La actitud que la adolescente pueda asumir frente al embarazo, dependerá de factores como: la etapa de la adolescencia que está atravesando, el origen del embarazo, el significado que ese hijo o hija tenga para ella, su proyecto de vida antes del embarazo, su recurso familiar y el papel del padre del hijo o la hija en el proceso; entre otros (Coll, 1998).

Como se menciona anteriormente, existen diferencias entre la maternidad durante la adolescencia temprana y durante la adolescencia tardía. Coll (1998) menciona que esto varía en las diferentes culturas y sociedades, en aquellas en las que las mujeres comienzan a tener hijos o hijas a temprana edad, la adolescencia no existe como tal, así por ejemplo se observa estas situaciones en poblaciones rurales o indígenas, en las que una mujer de 13 años podrá desempeñar la maternidad física y socialmente, dado a que es lo que se espera de ella, y para ello contará con todo el apoyo en su entorno.

Tomando a consideración que una adolescente no madura por el hecho de ser madre, se dice que las posibilidades de aceptar y criar al hijo o hija son mayores cuanto más edad tenga la madre (Coll, 1998).

Las adolescentes que están atravesando la primera etapa de la adolescencia suelen tener temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos. Cognitivamente, para ellas es difícil lograr entender la situación que viven y los procesos que tendrán que atravesar por la gestación; en general tienen dificultades para asumir plenamente el cuidado de sus hijos si no cuentan con el apoyo familiar, en numerosas ocasiones la madre, abuela o alguna tía terminan por completar la labor de crianza.

Según Coll (1998) pocas adolescentes embarazadas en esta etapa plantean el aborto como opción, y cuando surge la posibilidad, por lo general es por presión de los adultos. De la misma forma, les es más difícil pensar en entregar el hijo o hija en adopción, propuesta que suele surgir cuando el embarazo es producto de incesto o de abuso sexual. Se dice que aquellas adolescentes que participaron en la crianza de hermanos menores, situación frecuente en familias numerosas y de escasos recursos económicos, poseen mejores recursos personales para asumir un embarazo.

Por lo general tienen mejores experiencias a la hora del parto, lo toleran bien, y toman la crianza inmediata como un juego. Las mayores dificultades aparecen cuando deben hacerse cargo de su hijo o hija todo el tiempo y abandonar su estilo de vida anterior.

En esta etapa, y sobre todo las que están estudiando o las que pertenecen a sectores sociales medios o altos, toman el aborto como opción viable, pensada por ellas mismas o por presión de adultos o sus parejas, y un gran porcentaje lo llevan a cabo.

De acuerdo con su situación económica y el apoyo del recurso familiar o de pareja, logran acceder a intervenciones quirúrgicas o a prostaglandinas para tratar interrumpir el embarazo. Esto sucede porque a esta edad, las adolescentes tienen más conciencia de las consecuencias de un embarazo para su estilo de vida, y por lo general priorizan su vida social, el “qué dirán” y la interrupción de sus estudios, antes de considerar la posibilidad de seguir adelante con el embarazo.

En la adolescencia tardía, tienden a presentar conductas maduras. Dado a que en esta etapa muchas están finalizando sus estudios secundarios o iniciando estudios universitarios, y muchas veces tienen parejas estables, el embarazo tiene menor impacto, e incluso en ocasiones hasta forma parte de sus proyectos de vida. En general si se encuentran en un entorno social en el cual hay mejor aceptación de la situación, no se presentan mayores inconvenientes, y casi todas poseen mejores recursos personales para afrontar el embarazo.

Las dificultades a menudo aparecen relacionadas con aspectos económicos. Pero según Coll (1998) se ha observado que establecen un buen vínculo con su hijo o hija, y los crían de manera adecuada aun contando con limitadas redes de apoyo.

Sin embargo, se han observado niveles de frustración elevados cuando, debido a la falta de recursos económicos, deben postergar o renunciar a su proyecto personal, específicamente en cuanto a sus estudios.

A pesar de que la anterior caracterización se hace en términos generales, cabe señalar que cada adolescente embarazada es única y su historia está mediada por particularidades económicas, sociales, familiares, políticas, entre otras, las cuales hacen de su situación diferente una de otra. No obstante, es indispensable comprender que un embarazo a edades tempranas, en un contexto poco apropiado, y en una sociedad donde no es aceptable, implica obstáculos, dificultades y barreras para asumir la maternidad sin dejar de ser adolescente.

4.1.7. Paternidad Adolescente.

Dentro de este apartado, es importante involucrar no solo a la adolescente, sino también al joven. Como señala Oiberman (2003), se define como paternidad, al proceso psicoafectivo por el cual el hombre realiza tareas en lo concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos.

La paternidad en la vida de un hombre, significa adoptar el rol social de padre, el cual conlleva responsabilidades que alcanzan el nivel de obligaciones legales, y se asume a esta figura el deber de cuidar y educar a los hijos o hijas. Sin embargo, asumir la paternidad en la etapa de la adolescencia conlleva consideraciones más específicas.

Como lo señala Fuller (2000) ser padre joven es una experiencia ambivalente. Si bien consagra la hombría adulta, se contrapone al ideal adolescente de libertad, conquista y competencia. Para los adolescentes, ser padre es tanto un logro, como una pérdida.

El asumir la paternidad en la etapa adolescente lleva al joven a enfrentarse a conflictos familiares, dificultades laborales y económicas, en ocasiones a la deserción del sistema educativo, así como al rechazo social, situaciones que se traducen en que pocos puedan asumir y mucho menos concretar la responsabilidad.

Para Fuller (2000) la paternidad responsable entre los varones adolescentes se centra en la necesidad de evitar tener hijos en la calle o ser víctima de una mujer que los

fuerce a asumir una paternidad no deseada que puede poner en riesgo el proyecto de vida del joven. Para el autor, es notoria la alusión de los varones más adolescentes a la importancia de la paternidad en sus proyectos de vida y su deseo de asumir activamente no sólo las obligaciones sino también los placeres asociados con las tareas de crianza y educación de los hijos.

4.2. Referente Contextual

Para la presente investigación se reconoce la existencia de un escenario en el que se desarrolla el Trabajo Social. Se parte del principio de que todo ejercicio profesional se inserta en las diferentes estructuras de Estado, políticas, instituciones, programas y proyectos.

4.2.1. Estado.

El Estado como principal subcategoría del contexto tiene una amplia, compleja y enfrentada literatura. Desde la óptica marxista, existen varias posturas que pueden ayudar a formular un concepto de Estado, aunque éstas no responden a una perspectiva homogénea.

Güendel (citado por Esquivel (2003), destaca básicamente tres:

- *Estado como instrumento:* tiene un énfasis particular en el estudio de la dominación de una clase sobre otra. Se le critica que es reduccionista al limitar el conflicto social a un mero conflicto de clases. Por su parte, otorga total dominio político y conciencia absoluta a la clase dominante sobre el accionar del Estado. En otras palabras, desde esta perspectiva, se entiende que el Estado únicamente es un instrumento del que se sirve la clase dominante, para la satisfacción de sus intereses.
- *Estado como escenario de cohesión social:* estudia las prácticas y mecanismos de articulación social. Establece un nexo directo e invariable de la lógica capitalista aceptando la política como una estrategia única de intereses para el capital.

- *Estado como garante:* desde esta perspectiva el Estado garantiza la reproducción del capital y se da una concepción relacional del poder donde se establece una convivencia conflictiva.

Para la presente investigación, se resalta el aporte de Engels (1977), quien explica que el Estado, a través de la historia ha tenido un papel organizativo y a la vez constituye la unidad política de las clases dominantes e instaura a las mismas como dominantes. Según el autor,

> *"*[…] *como el Estado nació de la necesidad de refrenar los antagonismos de clase, y como, al mismo tiempo, nació en medio del conflicto de esas clases más poderosas, de las clases económicamente dominante, que con ayuda de él, se convierte también en la clase políticamente dominante, adquiriendo con ello nuevos medios para la represión y la explotación de la clase oprimida* […]*"* (p. 107).

A lo anterior es importante agregar como lo hace Esquivel (2003), que en el Estado se presentan, de manera directa o indirecta, intereses de clase antagónicos, los cuales han dejado en él, la posibilidad de encontrar resultados de luchas en donde se logran ciertos pactos entre las fracciones, ya sean de las clases dominantes o de las trabajadoras, que retrasan el conflicto social, un ejemplo de estos pactos son las Políticas Sociales.

Vasconcelos (2000) aporta que:

> "*El Estado no puede ser concebido como un bloque sin fisuras, sino como una arena de luchas entre fracciones de clase, que eventualmente pueden ocupar directa o indirectamente espacios de la burocracia y de los aparatos institucionales. El estado no es visto más como abstracción que fluctúa sobre las clases, sino como un aparato complejo transformado en objeto de la lucha de clases, cuyas unidades institucionales se constituyen en campos de acción de los diversos grupos políticos y sociales en pugna*" (p. 77)

Con los argumentos antes destacados, en esta investigación, siguiendo a Esquivel (2003), se entiende que el Estado es una institución social histórica que se ha transformado por diversas mediaciones tanto que la constituyen como la impactan; su

relación con el modelo de producción es estrecha, así como con las coyunturas políticas que determinan las relaciones sociales, el Estado es también participante de credos, etnias, culturas, géneros y razas de las sociedades que lo edifican.

4.2.2. Política Social y Política Social en Salud.

Como parte del contexto y como respuesta del Estado, las políticas sociales se constituyen en medios para responder a las demandas de la población. En esta investigación se parte de que la política social adquiere determinada especificidad dependiendo de las características particulares del Estado en donde se geste y va variando de acuerdo al proyecto de Estado que se perfila. Además, la política social posee una relación dialéctica con la "Cuestión Social", pues la primera se constituye en vértice para que el Estado aborde las manifestaciones de la segunda.

Según Esquivel (2003), la política social es, entonces, "[…] *una mediación social, en estrecha relación con el modo de producción, el proyecto de Estado y de la sociedad a la que se está articulando la misma. La política social es histórica y enlaza una diversidad de ámbitos de la cotidianidad, con relaciones conflictivas, por lo que es en sí misma un escenario de luchas de distinto origen y perspectiva*" (p. 57).

Faleiros (1980) afirma que las políticas sociales deben ser pensadas en las mismas contradicciones de clases, es decir no pueden ser imaginadas como resultado de un maquiavelismo del capital y su acumulación. Tampoco instrumentos de bienestar abstracto, ni instrumentos de manipulación, sino resultado de la relación dialéctica entre tensiones y fuerzas históricas.

La política social tiene la intencionalidad de enfrentar la "cuestión social" y según afirma Yasbek (2000), se constituye en un mecanismo de estabilización y una forma de obtener recursos y reconocimiento de derechos, al mismo tiempo que representan los intereses de clase de los diversos sectores en disputa, y debido a su acción paliativa y subalterna acentúan las desigualdades sociales.

Vasconcelos (2000) propone que el análisis de la política social debe contemplar dos aspectos fundamentales de la misma, primero que son estrategias del Estado con objetivos económicos de control social y luego que son mecanismos de regulación del conflicto capital/trabajo que buscan dar respuesta a los movimientos sociales.

Partiendo de las concepciones anteriores, la lectura de la política social desde esta propuesta de investigación se hará, entendiendo esta misma, como el conjunto de acciones que ejecuta el Estado para intentar dar respuesta a las demandas de la sociedad como un mecanismo para procurar un nivel de orden social y la satisfacción de ciertas necesidades, producto de las manifestaciones de la cuestión social.

La política social representa el espacio de lucha existente en el sistema capitalista, a través del cual los sectores de la sociedad más afectados por las manifestaciones de la cuestión social pueden exigir y a su vez ver materializados sus derechos, tal y como afirma Yazbek (2000) es por medio de la política social que el Estado se legitima a partir de la respuesta a los intereses de la clase dominante y de la satisfacción de algunas necesidades de la clase subalterna.

Por otra parte, es importante señalar un aspecto medular en la razón de ser de la política social para la atención de las demandas de la sociedad civil desde sus intereses particulares, la función de reproducción de las relaciones sociales existentes y por ende del estatus quo. Lo cual se relaciona a la reproducción de la mano de obra por medio de la oferta de servicios sociales que permitan a la clase trabajadora continuar reproduciendo sus condiciones de vida.

Desde esta perspectiva, la política social representa el marco de acción para la ejecución de estrategias que permiten al Estado, hacer frente a las manifestaciones de la Cuestión Social que se colocan desde la sociedad en forma de demandas, materializadas en forma de servicios sociales, programas, proyectos, concesión de bienes entre otros, que si bien pasan a ser legitimados como derechos de la población, resultados de luchas y reivindicaciones, están mediados por la lucha de intereses, especialmente de las clases dominantes que buscan la reproducción de la fuerza de trabajo para el mantenimiento del sistema capitalista.

Dichas mediaciones transversan todo aspecto de la vida del ser humano, afectado e influenciando los aspectos de la cotidianidad. Específicamente en el sector salud, la política social juega un papel importante para la reproducción social y del capital.

Por otra parte, la política social en salud, es entendida como un sector específico de la política social nacional, son las acciones y los lineamientos que traza el Estado para dar respuestas a las manifestaciones de la “cuestión social” que afectan la salud de las personas; son todas aquellas acciones legitimadas por el Estado como derecho de la población, producto de luchas y conquistas sociales, dirigidas a procurar la satisfacción

de necesidades relacionadas con la atención y promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad, la rehabilitación y el mantenimiento de la salubridad pública.

Para Válles (2004) en el caso de la política social en salud, se reconocen diversas manifestaciones de legitimación del poder del Estado frente a la sociedad, ya que la decisión sobre las acciones a tomar para satisfacer las demandas de la población se restringen a los llamados "expertos" que logran controlar la agenda institucional y de igual forma, controlar los recursos destinados a la atención en salud.

Así mismo, la legitimidad es dada a partir del ajuste o adecuación de las decisiones a un sistema de valores y leyes sociales, al basarse en estos aspectos, es posible lograr una mayor aceptación por parte de la sociedad.

Se reconoce que dicha política tiende a ser evaluada en términos cuantitativos y se basa en servicios asistencialistas debido a que se busca mejorar la infraestructura, la tecnología, aumentar la cantidad de personal, pero en pocas oportunidades se plantea si estos servicios brindarán la adecuada atención a las personas, de manera que se asegure un mejoramiento en la calidad de vida y el cumplimiento de sus derechos.

4.2.3. Sistema de Salud Costarricense: Programa de Reforma del Estado y su impacto en el sector salud.

4.2.3.1.La Reforma del Estado

En el caso de Costa Rica la política social se ha venido transformando debido a condicionantes políticos, históricos, económicos y culturales, buscando dar respuesta a los cambios de la realidad nacional.

Hasta la década de los años 70 la estabilidad del sistema político costarricense se fundaba en el desarrollo de políticas sociales, así como en la existencia de políticas institucionales de reducción de los conflictos; sin embargo para la década de los años 80 estas políticas sociales sufren un quebranto y al mismo tiempo se ven oprimidos los espacios de negociación, puesto que se introducen al país políticas de ajustes estructural, las cuales subestiman a la política social, debido a que consideran que es el mercado el ente que se debe encargar de la organización de la sociedad.

De esta forma, la década de los años 80 constituyó un período de transformaciones de la sociedad costarricense, afectando así la estructura productiva y la inserción en el contexto internacional, las políticas sociales y económicas estatales y la estructura social.

Además, la política expansionista del Estado Interventor, entra en un período de cuestionamiento y tensión, entre mantener lo logrado en el pasado o atender las presiones de contención y reducción del gasto.

Ante esto el Estado experimentó una transición de un Estado Benefactor a un Estado Neoliberal, el cual deja de lado las políticas de intervención en el ámbito económico y social, y en su lugar se trasladan responsabilidades del Estado a la sociedad civil y al llamado "tercer sector".

De esta forma, se origina la reforma del Estado Costarricense, como un proceso que se orienta hacia una reorganización de los ministerios e instituciones de manera que éstos "[…] *asuman una mayor responsabilidad en la formulación y en la ejecución de las políticas sectoriales, intersectoriales y multisectoriales. Al descargar funciones que no le corresponden, podrán asumir su auténtico papel de reguladores del ámbito para la acción de la empresa privada y de los cuidados dentro de un marco participativo y democrático, desde las mismas bases de la sociedad costarricense*" (Ministerio de Salud, 1995).

4.2.3.2.Reforma del Sector Salud

Según el Ministerio de Salud (1995, s.p.):

> "*El deterioro económico que ha venido aquejando al país en los últimos años evidenció ante la sociedad civil la ineficiencia y crecimiento burocrático del aparato estatal. En consecuencia se dio una "reducción de los aportes del Estado al financiamiento del sector, con importantes implicaciones en la eficiencia de las instituciones que lo componen, produciendo que el ritmo del progreso en el nivel de desarrollo social se redujera, algunos indicadores disminuyeron su tasa de crecimiento y otros empeoraron*".

Con respecto a lo anterior, informes anuales del Ministerio de Salud, de los años 1994 y 1995, indican una importante decadencia de la situación de salud del país, misma que ejercía una fuerte presión debido a los cambios que se presentaban en el sector, por lo que no le era posible brindar una respuesta acertada a las demandas de los habitantes.

De igual forma, según Ballestero (2001) un enfoque curativo-biologista basado en aspectos físicos de las personas, tuvo también gran responsabilidad en esta decadencia, puesto que no se estimaban otras dimensiones de la salud, tales como las condiciones sociales, del entorno, estilos de vida y acceso a los servicios de salud; de manera que la atención brindada no daba una respuesta adecuada y oportuna a las necesidades de la población.

Por anterior, el sector salud se enfrentaba a la necesidad de realizar modificaciones en su estructura y organización, de forma tal que se llevó a cabo la “Reforma del Sector Salud”, definido según O.P.S. (1996: s.p.) como:

> “[…] *un proceso orientado a introducir cambios sustanciales en distintos estratos y funciones del Sector Salud. Los propósitos genéricos que persigue pueden resumirse en aumentar la equidad distributiva de los beneficios que aporta el Sector Salud, la eficiencia en su gestión y la efectividad de sus prestaciones destinadas a satisfacer necesidades de salud de la población*”.

El "proyecto de reforma del sector salud" se introduce en el marco de la Reforma del Estado, con los siguientes cuatro componentes o proyectos específicos:

- Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud,
- Fortalecimiento institucional de la Caja Costarricense del Seguro Social,
- Nuevo sistema de asignación de recursos financieros y
- Adecuación del modelo de atención en salud (M.S.; O.P.S., 2004)

4.2.3.3.Sistema Nacional de Servicios de Salud

A partir de la Reforma del Sector Salud se realizan una serie de cambios en el funcionamiento de las instituciones de salud en el país, en cuanto a las funciones que estas deben de cumplir con respecto a su ubicación y a la población que atienden.

Costa Rica se caracteriza como uno de los países de América Latina que tiene éxito en el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, con niveles aceptables de Universalidad, Solidaridad y Equidad en la prestación de los servicios; así como el impacto en el mejoramiento del nivel de salud de la población (Alfaro y otros, 1994).

Según el Ministerio de Salud y la O.P.S (2004) el sistema de servicios de salud costarricense está conformado por la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), el Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), y el Ministerio de Salud (M.S.).

La C.C.S.S. es la institución encargada del aseguramiento público de salud, es decir, de la atención médica integral a las personas, prestaciones en dinero y prestaciones sociales; el I.N.S cubre los riesgos y accidentes laborales y de tránsito.

Por su parte el AyA se encarga de proveer y regular la provisión del agua de consumo humano y la eliminación de aguas residuales; por último el M.S. vigila el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y efectúa la rectoría sectorial.

Además, bajo un Decreto Ejecutivo de 1989 se incorporó al sistema de salud a la Universidad de Costa Rica así como a los gobiernos municipales.

Por otra parte, para efectos del presupuesto público, el Ministerio de Hacienda incluye dentro del sector salud a organismos desconcentrados con funciones específicas, tales como el Instituto de Investigación en Nutrición y Salud (I.N.C.I.E.N.S.A.), el Centro Nacional de Drogas (C.E.N.A.D.R.O.) y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (I.A.F.A.) (M.S.; O.P.S., 2004).

Por mandato constitucional y de acuerdo a la Ley de Universalización del Seguro de Salud de 1961, la C.C.S.S. se inscribe como la institución responsable de proporcionar servicios públicos del seguro de salud y maternidad a toda la población. De esta forma, los servicios se planifican desde los diferentes niveles jerárquicos y administrativos de la institución, los cuales se constituyen por seis gerencias centrales, siete regiones sanitarias y noventa y cuatro áreas de salud (M.S.; O.P.S., 2004).

Actualmente en Costa Rica la atención de la salud de toda la población se da desde tres diferentes niveles, cada uno de ellos con distintas funciones, especialidades y personal encargado de la prestación de los servicios.

Esta red de servicios intenta acercar a los y las usuarias, y a la vez ampliar la cobertura de atención en salud. Busca además resolver la alta demanda de la población y la disminución de indicadores como el de mortalidad infantil, la desnutrición, entre otros, mediante una atención rápida y oportuna.

El primer nivel de atención constituye el acceso al sistema de servicios de salud y está formado por las noventa y ocho áreas de salud en las que se brindan servicios de cinco programas de atención integral dirigidos a niños, niñas, adolescentes, mujeres, adultos y adulto mayor. Estos servicios se dan en puestos de salud, centros de salud y clínicas, la cuales en su mayoría cuentan con equipos de atención integral de salud o E.B.A.I.S. (M.S.; O.P.S., 2004).

En cuanto al segundo nivel, es el encargado de ofrecer servicios de consulta especializada, internamiento y tratamiento médico y quirúrgico de las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia y cirugía, en una red nacional formada por diez clínicas mayores, trece hospitales periféricos y siete hospitales regionales.

Los hospitales periféricos de la C.C.S.S. se enlistan a continuación:

- Hospital de Los Chiles (Alajuela)
- Hospital Max Terán (Puntarenas)
- Hospital de La Anexión (Guanacaste)
- Hospital de Upala (Alajuela)
- Hospital de Guápiles (Limón)
- Hospital de Ciudad Neily (Puntarenas)
- Hospital de San Vito (Puntarenas)
- Hospital de Golfito (Puntarenas)
- Hospital Tomás Casas Casajús (Puntarenas)
- Hospital Carlos Luis Valverde Vega (Alajuela)

- Hospital San Francisco de Asís (Alajuela)
- Hospital San Vicente de Paul (Heredia)
- Hospital William Allen (Cartago)

Por su parte, los hospitales regionales son los siguientes:

- Hospital Max Peralta Jiménez (Cartago)
- Hospital de San Carlos (Alajuela)
- Hospital Tony Facio (Limón)
- Hospital Monseñor Sanabria (Puntarenas)
- Hospital Dr. Escalante Pradilla (Pérez Zeledón)
- Hospital San Rafael de Alajuela (Alajuela)
- Hospital Enrique Baltodano (Liberia)

El área de trabajo de tercer nivel trasciende la del nivel secundario y abarca el territorio de varias provincias, cantones y distritos del país. Los establecimientos de este nivel son los tres hospitales generales de referencia nacional ubicados en la provincia de San José, los cuales son el Hospital México, Hospital San Juan de Dios y Hospital Dr. Calderón Guardia, así como seis hospitales nacionales especializados que comprenden el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, Hospital de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas, Hospital Dr. Roberto Chacón Paut y Hospital Psiquiátrico Presbítero Manuel Antonio Chapuí (Alfaro y otros, 1994).

Además, desde este Tercer Nivel se brindan servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico que requieren de alta tecnología y especialización (M.S; O.P.S, 2004).

4.3. Referente Institucional

4.3.1. Historia de la atención en salud en Costa Rica.

La medicina en Costa Rica tuvo su inicio durante la época precolombina, donde era practicada por brujos y chamanes, sin embargo, la llegada de los españoles estableció un cambio en cuanto a la atención de la salud, donde inclusive se inicia con el combate y sanción a estas prácticas (Mohs, 1983).

En el año 1781 ingresa al país el primer médico, de nombre Esteban Corti Rocca y de nacionalidad italiana; éste llevó a cabo prácticas tales como curaciones y diversas intervenciones médicas, hasta que se le acusó de practicar brujería y debido a ello abandonó el país (Castro, 1993). Durante los últimos años de la colonia ya se conocían en Costa Rica enfermedades tales como el sarampión, la viruela, el tétano, el mal de Chagas, las enfermedades venéreas, la tos ferina, la rabia, la tuberculosis y la lepra, entre otras.

Molina y Palmer (2005) señalan que a mediados del siglo XIX, contexto en el cual Costa Rica se iniciaba como República Independiente, la atención en salud era parte de la actividades de beneficencia y caridad social, puesto que los problemas de salud que se presentaban eran atendidos por organizaciones benéficas conformadas principalmente por personas con un alto poder económico y político, que encontraban en esta labor una forma de realizar obras sociales, que además estaban plagadas de un sentido religioso, situación que se va transformando por medio de la implementación de Políticas Públicas en la materia y sobre todo de la inversión social que se hace en el campo de la salud.

Apunta Jaramillo (1993) que en 1839 se da un importante avance en materia de salud con la incorporación de un curso de medicina en la Universidad de Santo Tomás. Por su parte Mohs (1983) indica que para el año de 1845 se creó la legislación más antigua en salud, bajo la cual se fundó el Hospital San Juan de Dios, y éste mismo año se instauró la Primera Junta de Caridad, teniendo un papel importante para mantener dicho hospital.

Mencionan Alfaro y Bustamante (2003) que con base en el ejemplo del Hospital San Juan de Dios, surgieron otros organismos similares a las Juntas de Caridad, que tenían a cargo otros hospitales del país.

Por otra parte, el 12 de julio de 1924, se da una transformación en el ámbito de la salud en Costa Rica, mediado por la necesidad de contar con un organismo que centralizase todas las actividades relacionadas con la salud, creándose así la Subsecretaría de Higiene y Salud Públicas (antecedente del Ministerio de Salud) dependiente de la

Secretaría de Policía (Alfaro y otros, 2003). Para marzo de 1927, por Decreto Ejecutivo, a dicha Subsecretaría se le adjudica la atención de los hospitales, lazaretos, hospicios, casas de maternidad e instituciones protectoras de la infancia. De la misma forma se crea la "Secretaría de Salubridad", con el apoyo del ex-presidente Ricardo Jiménez Oreamuno, órgano que se encargó de la promulgación de la Ley de Médicos Generales.

Mencionan Ayala y otros (1999), que dentro de las funciones de esta Secretaría se destacaron las acciones preventivas y curativas. Asimismo un complemento importante a estas transformaciones del sistema de salud, se da en 1923 con la Ley No.52 "Sobre Protección de la Salud Pública", donde se declara que la salud nacional es obligación del Estado.

Aunado a esto se establecen las Unidades Sanitarias para la atención ambulatoria y preventiva de las personas a nivel nacional, que llevaban a cabo acciones concentradas en sanidad escolar y control de epidemias (Ayala y otros, 1999).

Por otra parte, después de la Segunda Guerra Mundial, el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia toma partido en la creación de diversas reformas sociales, en busca de crear soluciones para la crisis que se vivía a nivel mundial, por lo que es bajo este escenario de efervescencia social que el gobierno, aliado a las Encíclicas Sociales de la Iglesia Católica y el Programa del Partido Comunista, posibilita la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social, en el año 1941.

A partir de la década de los años 80, con la introducción de la ideología neoliberal en el país, donde se experimentó un aumento de la desigualdad, división de brechas sociales, deterioro de servicios, disminución de la capacidad adquisitiva, debilitamiento de la clase media y un sistema de salud que no respondía a la realidad del país, es que se plantea un nuevo modelo de atención en salud bajo una visión integral.

Por ende, aunado al desarrollo de reformas dadas en Costa Rica en este contexto, la Reforma del Sector Salud pretendió reorganizar, modernizar y fortalecer la infraestructura física, organizacional y de servicios de este sector, mediante el fortalecimiento del Ministerio de Salud y la C.C.S.S., la readecuación del modelo de atención, financiamiento, la asignación de recursos, suministros, información, entre otros. Para que de esta manera, se presente una atención integral con el aumento de cobertura, accesibilidad y oportunidad.

Por otra parte, en 1993 se genera el proyecto de Reforma del Sector de Salud, el cual es implementado con el nombre de Modernización del Sistema de Salud. Éste se orienta a incrementar la eficiencia administrativa, así como a mejorar y ampliar la cobertura y modificar las formas de prestación de los servicios.

Es importante recalcar que en este proceso de reforma del sector salud según Reinharz y otros (1997) el Banco Interamericano y el Banco Mundial fueron participes de la reestructuración mediante el apoyo económico y técnico. Este proyecto se centró en los servicios médicos y medicina preventiva, acciones a cargo del Ministerio de Salud y la C.C.S.S.

Asimismo, el componente de readecuación del modelo de atención tiene como característica principal el impulso de un enfoque biopsicosocial, el cual busca una atención integral y continua, orientada a la familia, a la comunidad y al ambiente; con énfasis en acciones de promoción y prevención y fundamentalmente en la estrategia de atención primaria (Reinharz y otros, 1997).

A partir de esta readecuación del Sistema de Salud y de todos los cambios vividos en la institución, se plantean como Misión y Visión de la C.C.S.S. los siguientes (C.C.S.S., 2009):

Misión: Propiciar los servicios de salud en forma integral, al individuo, la familia y la comunidad y otorgar la protección económica, social y de pensiones a la población costarricense, conforme a la legislación vigente.

Visión: Una institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y de prestaciones sociales, en respuesta a los problemas y a las necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano.

4.3.2. Historia de los Hospitales a investigar

4.3.2.1. Hospital San Juan de Dios

Según Vargas (2007, citado por Naranjo y Porras, 2008), la historia del Hospital San Juan de Dios data de 1824 con la fundación de la Casa Cuna llamada San Juan de

Dios, en honor a un médico que desarrollaba los servicios de salud en España. Dicho lugar estaba dirigido a la atención de la enfermedad, sin embargo desaparece por la falta de recursos económicos y humanos.

Para 1845 se funda el Hospital San Juan de Dios, durante la Administración del Dr. José María Castro Madriz, con el aporte de la congregación religiosa de las Hermanas de la Caridad, la cual| fue un actor fundamental en la creación del hospital, principalmente porque se encargaban de acompañar a las personas y velar por el funcionamiento del lugar.

En esta época continuaban existiendo limitaciones a nivel humano y financiero, por lo que en 1849 el Dr. Castro Madriz impulsó la creación de la Lotería Nacional, cuyas ventas serían destinadas al financiamiento del H.S.J.D.

A pesar de que la Lotería constituyó un aporte importante para el financiamiento de este centro, se continuaban presentando crisis económicas, dado que los ingresos obtenidos por su venta eran insuficientes. Por lo que posteriormente se creó la Junta de Protección Social de San José (J.P.S.S.J.) como el ente encargado de velar por la dotación de recursos al H.S.J.D.

Según Naranjo y Porras (2008,) con la creación de la Escuela de Medicina de la U.C.R. en 1958 y la firma de un acuerdo entre ésta y la J.P.S.S.J., hizo que el H.S.J.D. se convirtiera en el primer “hospital escuela” del país, fortaleciendo además los servicios brindados por este centro hospitalario.

La misión del H.S.J.D. es la de *“ofrecer y brindar servicios integrales de salud que aseguren la calidad y satisfacción de las necesidades del usuario externo e interno, mediante una óptima, ágil y eficiente utilización de los recursos en interrelación con los hospitales, clínicas y entidades públicas y privadas de la comunidad*” (HSJD, 2003-2006, citado por Naranjo y Porras, 2008).

El H.S.J.D. cuenta con un área de atracción compuesta por la población adscrita a diferentes áreas de salud, a saber:

Directa: Personas adscritas a las Áreas de Salud de Tibás-Uruca-Merced, Pavas (Coopesalud), Mata Redonda-Hospital, Hatillo, Desamparados 1, Desamparados 2, Puriscal, Turrubares, Acosta, Aserrí, Alajuelita, Desamparados 3, Escazú, Mora y Santa Ana.

Indirecta: Población adscrita a las Áreas de Salud: Buenos Aires, Corredores, Osa, Pérez Zeledón, Golfito y Coto Brus.

4.3.2.2. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia

El Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, cuyo nombre inicial fue “La Casa de la Madre y el Niño”, corresponde originalmente, a un proyecto emprendido por las esposas de los presidentes, Sra. Julia Fernández de Cortés e Ivonne C. De Calderón, iba a ser, en.

Fue creado el 1 de Noviembre de 1942, un año después de haberse decretado la ley N° 17, que dio origen a los seguros sociales en Costa Rica. La construcción se inició durante la administración del presidente León Cortés.

El 1 de Noviembre de 1943, abrió la Consulta Externa y en Mayo de 1945 inicia sus servicios con el primer hospital de la seguridad social, con el nombre de Hospital Policlínico, más tarde fue bautizado con el nombre de Hospital “Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia”. En la actualidad tiene un área de 48731 metros cuadrados, en las que se funciona con servicios médico-quirúrgicos, laboratorio clínico, farmacia, trabajo social, radiología e imágenes médicas y aulas para docencia. Y la población protegida es de 1.056.003 habitantes.

Parte de la atención que se da dentro de este centro médico, se encuentran el abordaje de los y las adolescentes. El H.C.G desarrolla desde el año 1997, un programa de atención diferenciada de adolescentes, en la “Clínica de Adolescentes del Hospital Calderón Guardia”. Este surge ante la necesidad de implementar estrategias que satisfagan las necesidades de los diferentes grupos poblacionales, con la intención de lograr y propiciar, un desarrollo integral de los y las usuarios.

Con esta iniciativa, se realiza una atención especializada para adolescentes con un grupo interdisciplinario de profesionales especializados en esta área, que brindan atención diferencial para adolescentes embarazadas en el servicio de consulta externa de obstetricia; además de contar con un espacio físico diferente y acorde a las necesidades de la población meta.

4.3.2.3. Hospital México

Hospital México está ubicado en la meseta central, a 6 kilómetros del centro de la ciudad de San José en el distrito La Uruca. Debe su nombre al aporte del Instituto Mexicano de Seguridad Social en la elaboración de los planos del Hospital y la asesoría técnica brindada. Su construcción se inició el 2 de abril de 1963 y fue inaugurado el 19 de marzo de 1969. Inició la prestación de servicios el 1° de septiembre de ese mismo año, siendo el primer hospital modernamente construido y técnicamente equipado al servicio de la población asegurada.

Desde su apertura, el hospital baso sus servicios en los lineamientos de la seguridad social y en las funciones de prevención, curación, rehabilitación, educación e investigación, fijándose como meta principal "brindar una atención suficiente, oportuna, económica y humana al paciente, familia y comunidad" (Charlton y Viales, 1993).

El Hospital México es uno de los tres hospitales Nacionales, clase A de la Caja Costarricense del Seguro Social, cuenta con todas las especialidades y sub-especialidades que practica la medicina moderna: Dirección Administrativa, Dirección Medica, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, Gastroenterología, cardiovascular, neurología, endocrinología, nutrición, dermatología, oncología, Medicina Física, rehabilitación, Cirugías, Medicina Gineco-obstetricia, , Medicina y Cirugía Pediátrica, Trabajo Social, Psiquiatría, y Psicología, Consulta Externa, y Urgencias.

Cuenta con una infraestructura de 50.000 metros cuadrados, con un edificio de tipo vertical con siete pisos, donde se ubican los servicios médico-administrativos, servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento, 2 y 519 camas. En la Consulta externa se atiende a pacientes en todas las especialidades y sub-especialidades.

Su área de atracción comprende a una población indirecta de 1 850 598 habitantes de las provincias de Guanacaste, Heredia, Alajuela y Puntarenas, y una población directa de 161 228 habitantes de la provincia de San José, específicamente de la Merced, Uruca, Goicoechea, Tibás y Santo Domingo.

Según el Plan Anual Operativo 2010, el marco filosófico de la institución comprende:

Visión: "*Seremos un hospital líder en el ámbito social y en el sector salud, tanto en el nivel nacional como en el internacional, otorgando respuestas innovadoras, creativas y de alta resolutividad en la gestión de la Red de servicios integrales de salud de las*

personas, para contribuir al logro de un grado superlativo de desarrollo humano, que sea sostenible".

Misión: "*Contribuir con la prestación, manejo y mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidad, a través del desarrollo de procesos gerenciales estratégicos que faciliten y fortalezcan los servicios integrales de salud y la gestión eficiente de la Red de servicios, realizando acciones altamente humanizadas, dentro de un sistema de calidad, apoyadas por tecnología de punta, favoreciendo así el acceso y la equidad, de acuerdo con las necesidades de salud de la población, dentro del marco de los principios de la Seguridad Social".*

Objetivo: "*Fortalecer los servicios integrales de atención en salud a las personas, mediante la articulación, manejo y fortalecimiento de la Red de servicios, con el propósito de colaborar con la transformación de la organización y del funcionamiento de los Servicios de Salud, de manera tal que respondan a los retos de la actualidad, bajo premisas de calidad y humanización en el servicio*" (PAO, Hospital México, 2010).

4.3.2.4. Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva

El Hospital de las Mujeres se creó en el año 1914 bajo el nombre de "Asilo de Maternidad", otorgado en honor al Dr. Adolfo Carit Eva, quien fue un médico de origen Francés, donador de la propiedad con la finalidad de que se destinara a la atención de las mujeres de escasos recursos económicos del país (H.O.M.A.C.E., 2010).

Años después, mediante el decreto N°8 del 05 de mayo de 1926, el asilo pasó a depender de la Secretaría de Beneficencia. Durante estos años el asilo brindaba diferentes servicios de salud a las mujeres y además cumplía funciones docentes..

Ya para el año 1957 el asilo tuvo una remodelación en su estructura física, la cual le dio apariencia de hospital, convirtiéndose en el primer Centro Hospitalario de la Provincia de San José, por lo que pasó a formar parte de los Hospitales de la C.C.S.S., y un año después, en 1958 pasó a llamarse "Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva", y obtuvo tareas específicas de atención obstétrica y docente, cumpliendo con los objetivos de brindar servicios de obstetricia, preparar estudiantes de la Escuela de Medicina e impartir clases de Enfermería Obstétrica (H.O.M.A.C.E., 2010).

Después de 20 años, para 1987, se proponen cambios de infraestructura física del centro de salud, buscando así lograr una mayor cobertura y diversidad en los servicios; sin embargo, no se dan los resultados esperados puesto que no se contó con el apoyo político y administrativo por parte de las autoridades de la institución.

Esta iniciativa se retomó nuevamente en 1999 como una propuesta por parte de la Dirección y Subdirección Médica del Hospital, por medio de una solicitud a la Gerencia de División Médica de la C.C.S.S., en la cual se propone cambios tanto a nivel estructural, así como un cambio de nombre a "Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva". De esta manera, para agosto del mismo año se consolida la propuesta mediante un acto formal, contando con la presencia del Presidente de la República, la Primera Dama, las autoridades del Ministerio de Salud, de la C.C.S.S., entre otras (H.O.M.A.C.E., 2010).

Los objetivos que persigue el H.O.M.A.C.E. son los siguientes:

- Brindar atención especializada a la mujer durante sus procesos de embarazo, parto y postparto, para garantizarle resultados óptimos de salud.
- Lograr el nacimiento del recién nacido en excelentes condiciones y brindarle atención hasta los 28 días.
- Ofrecer atención integral a la mujer en estado no grávido para educar, prevenir y tratar los padecimientos ginecológicos. .
- Participar en la formación del recurso humano en el área de salud en coordinación con los centros de enseñanza respectivos del país. (M.S., I.N.A.M.U., C.C.S.S., H.O.M.A.C.E., 2001)

Su misión se basa en *"Brindar atención integral, humanizada y de alta calidad a la mujer y al recién nacido, su familia y la comunidad, mediante la asistencia, investigación, fomento, promoción y educación permanente de la salud*" (M.S., I.N.A.M.U., C.C.S.S., H.O.M.A.C.E., 2001:57).

Entre los servicios que se brindan en H.O.M.A.C.E. se encuentran las siguientes consultas:

- Atención prenatal a la mujer adulta embarazada de alto, mediano y bajo riesgo
- Atención a la adolescente en prenatales, parto, puerperio y planificación familiar.

- Atención posnatal de alto riesgo.
- Atención a la mujer adulta en planificación familiar. Medicina interna.
- Infectología.
- Atención a la mujer en Ginecología.
- Ginecología Oncológica.
- Menopausia.
- Esterilidad.
- Atención al neonato de alto riesgo. (M.S., I.N.A.M.U., C.C.S.S., H.O.M.A.C.E., 2001:58).

H.O.M.A.C.E. cuenta con diferentes programas, entre los cuales se encuentran:

- Programa de Atención Integral a la Mujer Embarazada de Alto Riesgo Obstétrico.
- Programa de Atención Integral a la Mujer Embarazada de Mediano Riesgo Obstétrico.
- Programa de Atención Integral a la Mujer Embarazada de Bajo Riesgo Obstétrico.
- Programa de Atención Integral a la Adolescente Embarazada.
- Programa de Atención Integral a la Mujer Embarazada Consumidora de Drogas y Alcohol.
- Programa de Educación en Puerperio.
- Programa de Atención a la Mujer en el Postparto.
- Programa de Planificación Familiar.
- Programa de Infertilidad.
- Programa de Ginecología General.
- Programa de Gineco-endocrinología.
- Programa de Gineco-oncología.
- Programa de Promoción y Seguimiento de la Lactancia Materna.

- Programa de Educación a la Mujer Embarazada Adulta y Adolescente y su Grupo Familiar.
- Programa de Educación a la Usuaria y Familia de Cirugía Ambulatoria.
- Programa de Colposcopía.
- Programa de Detección Temprana. Crecimiento y Desarrollo para Niñas (os) de Alto Riesgo.
- Programa de Unidad de Estudios Materno Fetales.
- Programa de Diagnóstico Estudio Genético Prenatal.
- Programa de Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología.
- Programa de Educación a la Familia y la Mujer que será sometida a Cirugía Ginecológica (M.S., I.N.A.M.U., C.C.S.S., H.O.M.A.C.E., 2001:59).

4.4. Proceso de Trabajo

Iamamoto (2003) propone la categoría de *trabajo vivo* y la define como un elemento constitutivo de los procesos de trabajo y es el proceso mediante el cual se da un empoderamiento de las cosas, se transforma los valores de uso potenciales en valores de uso efectivos y operantes. El eje de esta categoría, es la fuerza de trabajo en acción, este es el elemento vivo y subjetivo del proceso de trabajo.

La autora plantea que en el caso particular de Trabajo Social, los procesos de trabajo representan el proceso de producción de servicios de cualidades determinadas, e identifica que en la mayoría de los casos, éste se da dentro del marco estatal y no establece una relación directa con la generación de plusvalía, es decir, con la lógica del capital.

Los procesos de trabajo de la o el Trabajador Social constituyen en las acciones concretas que se llevan a cabo para el cumplimiento de su rol como profesional. Estas acciones son muy variadas y son directamente determinadas por las categorías anteriormente descritas: cuestión social, medios e instrumentos y estructura.

4.4.1. Cuestión Social.

Para Iamamoto (2003) en el ejercicio profesional, la materia prima del asistente social es la Cuestión Social en sus múltiples manifestaciones – adolescencia, embarazo, salud de la mujer, relaciones de género, pobreza, nivel educacional, derecho a la salud, etc. – tal como son vivenciadas por los individuos en sus relaciones sociales cotidianas, a las que respondan con acciones, pensamientos y sentimientos. Es decir, son las situaciones a las cuales el trabajo profesional pretende dar respuesta en su cotidianeidad.

Siguiendo a la autora, el Trabajo Social tiene en la "cuestión social" la base de su fundación como especialización del trabajo; así el o la profesional trabaja con la "cuestión social" en sus más variadas expresiones cotidianas. En esta tensión entre producción de la desigualdad, producción de la rebeldía y de la resistencia los y las trabajadoras sociales situados en un terreno movido por intereses distintos de los cuales no es posible abstraerse, ya que constituyen la vida en sociedad.

Según la misma autora, la "cuestión social" es el conjunto de expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista, que tiene como raíz común la producción social cada vez más colectiva, donde el trabajo se torna cada vez más social mientras que la apropiación de los frutos se mantiene privada y monopolizada por una parte de la sociedad; en otras palabras un trabajo más colectivo en contraste con una distribución de la riqueza desigual entre grupos, clases y países lo que lleva a una decisiva interferencia del Estado y de los gobiernos.

Según indica Netto (2000), la categoría comienza a utilizarse en la tercera década del siglo XIX y fue divulgada hasta mitad de siglo por críticos de la sociedad y filántropos ubicados en varios espacios del espectro político.

En sus inicios, fue utilizada para dar cuenta del fenómeno más evidente de la historia de Europa Occidental que experimentaba los impactos de la Revolución Industrial: la pauperización masiva de la población trabajadora; aunque siempre había habido brecha social entre ricos y pobres, era la primera vez, según el autor antes citado, que la pobreza crecía en razón directa en que aumentaba la capacidad social para producir riqueza, aunado a esto se dan también levantamientos políticos de estas masas lo que llevaron a que se consideraran estas manifestaciones de rechazo y organización como "cuestión social".

Iamamoto (2000) plantea que descifrar los determinantes y las múltiples expresiones de la “cuestión social”, es un eje fundamental de la profesión de Trabajo Social, evitando cualquier reduccionismo económico, político e ideológico, esforzándose más bien a captar las dimensiones que se expresan en ella y resguardando la fidelidad histórica.

4.4.1.1. Desigualdad social y su influencia como factor detrimente de la salud.

Partiendo de lo anterior se identifica la desigualdad social como una manifestación de la “cuestión social”, Bonilla y otros (2005) señalan la importancia de tomar en cuenta la situación social de la población dentro de los determinantes de la salud, puesto que ésta forma parte del proceso salud-enfermedad, en tanto que esta categoría implica una serie de factores que influyen directamente en la salud de las personas, ya que las limitaciones de acceso a los servicios tienen un significado importante, que incide sobre su bienestar y salud. Ante esto, se retoma la desigualdad social y su influencia en la salud como categoría importante en la presente investigación, tomando en cuenta que las condiciones de vida de las adolescentes embarazadas y madres tienden a ser afectadas por esta condición.

> *“El estudio del proceso salud-enfermedad necesita investigar la propia vida como conjunto de formas de actividades condicionadas socialmente, como por ejemplo: empleo, ingresos, vivienda, condiciones de trabajo, educación, descanso, recreación, atención a la salud, higiene, atención al medio ambiente, entre otras”* (Senado, 1998: s.p.).

Según D´Agostino (s.f.) la salud es un proceso complejo en el que tanto factores individuales como sociales mantienen una interdependencia; por ende los procesos de salud-enfermedad no dependen únicamente de las personas, sino de las interacciones entre éstas y su entorno. El autor explica que el mismo entorno favorece la aparición de enfermedades y a su vez dificulta o bien facilita que la persona reciba tratamientos adecuados, controle su enfermedad y se recupere. De esta forma aquellas personas con más recursos y mejores condiciones de vida tienen menos posibilidades de

enfermarse y, por el contrario, las personas con menos recursos y peores condiciones de vida tienen más posibilidades de adquirir enfermedades, y de recibir los tratamientos necesarios para controlar y evitar las mismas.

Restrepo, (citado por Bonilla y otros, 2005) señala que dentro de los factores sociales que afectan las condiciones de salud y calidad de vida de la población latinoamericana se destacan el proceso de urbanización creciente, las carencias de las viviendas, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, las condiciones de trabajo, los niveles y fuentes de ingreso, el nivel y el acceso a la educación y el deterioro de la última a causa de la privación económica y la inequidad.

Por su parte Hernández (s.f.) plantea la existencia de tres factores que determinan el nivel de salud de las personas, según su dotación epidemiológica individual; éstas son: el estilo de vida, las condiciones medioambientales y el consumo de bienes y servicios (C.I.S., citado por Hernández, s.f.). En cuanto al estilo de vida se toma en cuenta el consumo de tabaco y alcohol o el ejercicio físico que se realiza; como condiciones medioambientales se incluyen el tipo de trabajo que se realiza, el clima y la contaminación ambiental del hábitat. Por último, las consultas al personal sanitario sirven para determinar el consumo de este tipo bienes y servicios.

Es necesario aclarar que: "*Estos tres grupos de factores dependen de variables sociodemográficas como el sexo, la edad, la educación, los ingresos, la actividad económica o el hábitat. A su vez, la clase social de los individuos conlleva una valoración distinta de los hábitos relacionados con la salud, una diferente exposición a los factores ambientales y un acceso discriminatorio a los bienes y servicios sanitarios disponibles* […]" (de Miguel; Durán; Rodríguez; citados por Hernández, s.f.).

De esta forma se evidencia la importancia de tener en cuenta las condiciones sociales de las personas como parte de los determinantes de la salud, puesto que éstas establecen la accesibilidad de la población a los medios de educación, a los servicios de salud, a los medicamentos y tratamientos para prevención y recuperación de las distintas enfermedades, entre otros; además los bajos ingresos no permiten que se tenga una adecuada alimentación, acceso a actividades recreativas y consultas médicas, por lo que la salud se ve gravemente afectada en tales condiciones.

4.4.2. Trabajo Social.

Esquivel (2003) afirma que para lograr ingeniar, planificar, organizar y operacionalizar los objetivos de las políticas sociales, se demanda formar una variedad de cuadros humanos a nivel profesional y técnico asalariados, que se insertan en la división sociotécnica del trabajo, y que tienen una tarea interventiva en las manifestaciones de la “cuestión social”. Es ahí donde el Trabajo Social se reproduce en diversos ámbitos donde hay políticas sociales en salud, vivienda, educación, seguridad, asistencia social, justicia, entre otros.

Yazbek (2000), afirma que Trabajo Social es el mecanismo a través del cual los servicios y recursos son extendidos a los sectores más vulnerabilizados de la sociedad; estas acciones se dirigen hacia dos direcciones:

1. Las acciones dirigidas a segmentos de la población que no tienen las condiciones de reproducir su propia subsistencia por razones temporales o permanentes, por lo que se atienden las necesidades básicas; y
2. las acciones compensatorias y complementarias frente a la desigualdad estructural de la sociedad, en el que se utilizan programas muy limitados, con estrategias aisladas y que no alcanzan para la población.

Según Iamamoto (2003) es en esta tensión entre producción de la desigualdad, producción de la rebeldía y de la resistencia que trabajan los trabajadores sociales situados en un terreno movido por intereses sociales distintos, de los cuales no es posible abstraerse ni huir por que constituyen la vida en sociedad.

Un Trabajo Social crítico permite entender, entre otras cosas, el conjunto de escenarios que construyen las situaciones sociales objeto de intervención, como la alienación, la desigualdad, la discriminación, la exclusión, la contradicción y el antagonismo, todas éstas manifestaciones de la cuestión social.

La intervención en Trabajo Social con el pasar del tiempo ha legitimado diversos espacios del ejercicio profesional, sin embargo, es importante tener presente que la profesión en su surgimiento (desde la perspectiva histórico-crítica) se configura como un elemento conciliador entre el Estado y las sociedad civil, creando y configurando al mismo tiempo a las políticas sociales como herramientas de diálogo y contención entre ambos entes.

4.4.3. Medios o Instrumentos.

Como segunda categoría de la investigación se colocan los medios e instrumentos, ya que en la respuesta que el o la profesional da a las manifestaciones de la Cuestión Social (materia prima del Trabajo Social), es necesario hacer uso de estos.

Son entendidos, como medios materiales, humanos, financieros, etc. que son los necesarios para implementar los programas, y proyectos de trabajo (Iamamoto, 2003). La autora señala la condición de parcialidad que estos elementos poseen ya que, el o la Trabajadora Social se encuentra alienada de una parte de los medios y condiciones necesarias para concretizar el trabajo, colocando a estos en condiciones para su realización, indispensables como elementos constitutivos de ese trabajo.

Para esta investigación se entiende como medios e instrumentos, todos aquellos recursos de los que se vale el o la profesional para lograr el ejercicio del Trabajo Social; entendiendo que estos pueden constituirse al mismo tiempo, en limitaciones, en la medida en que no permitan el desarrollo de una práctica profesional, que responda a las demandas de la población, y que por el contrario, solo se limite a responder a los intereses de las instituciones.

4.4.3.1. Instrumentos Legales de Protección a las Adolescentes Embarazadas.

Los procesos de atención que se brindan desde el marco institucional anteriormente descrito están respaldados por una serie de instrumentos legales. A continuación se describen aquellos que respaldan los procesos de intervención profesional con adolescentes embarazadas.

4.4.3.1.1. Doctrina de Protección Integral.

La Doctrina de la Protección Integral surgió hace casi dos décadas, como una pacífica revolución de los derechos del niño y del adolescente, su origen se remonta a la Convención Internacional de los Derechos del Niño adoptada por las Naciones Unidas

el 20 de noviembre de 1989; nuestro país acogió dicho convenio un año después, exactamente el 03 de agosto de 1990.

En cumplimiento de la Convención, la mayoría de Estados firmantes han introducido modificaciones o reestructuraciones legislativas en sus leyes internas para acoger los principales parámetros de la doctrina de protección integral. En nuestro país, han seguido dicha tendencia nuestro primer Código de la Niñez y la Adolescentes de 1993 y él que le prosiguió del año 2000.

Elementos para la elaboración de un concepto de Protección Integral.

López (citado por Buaiz, 2005: s.p.) señala que al interior del concepto de protección "[…] *se encuentra la búsqueda de la proyección general del niño, niña y adolescente como entes éticos y el desarrollo de su misma personalidad en términos de sus potencialidades*".

Se define Protección Integral como el conjunto de acciones, políticas, planes y programas que con prioridad absoluta se dictan y ejecutan desde el Estado, con la participación y solidaridad de la familia y la sociedad para garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes gocen de manera efectiva y sin discriminación de los derechos humanos a la supervivencia, al desarrollo y a la participación, al tiempo que atienda las situaciones especiales en que se encuentran los niños y niñas individualmente considerados o determinado grupo de niños que han sido vulnerados en sus derechos.

Esta aproximación permite ubicar diferencias que existen entre las políticas públicas universales destinadas a generar condiciones sociales, económicas, culturales y de otra índole para la satisfacción de los derechos colectivos y difusos de todos los niños, niñas y adolescentes, con las políticas especiales destinadas básicamente a atender determinadas circunstancias que provocan situaciones de vulnerabilidad a grupos también determinados de niños, niñas y adolescentes.

Las primeras provocan y generan disfrute Universal de Derechos, las segundas protegen frente a violaciones de estos, para liberar de afecciones sociales o de otra clase a los niños y niñas.

4.4.3.1.2. Principios básicos para la Protección Integral en Derechos Humanos a Niños y Adolescentes.

Destacan cuatro principios básicos de la Protección integral:

La Igualdad o No discriminación.

Este el pilar se encuentra contenido en el artículo N°2 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989) en los siguientes términos:

> "*Los Estados partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o representantes legales*"

Interés Superior del Niño, Niña y Adolescente.

Consagrado en el artículo N°3 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989), establece que:

> "*En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño*."

Buaiz (2005) considera éste como un principio jurídico que garantiza la plena satisfacción de los derechos de los niños y niñas, dejando de ser una directriz vaga e indeterminada. De esa manera, el Interés Superior del Niño junto a la no discriminación, constituyen la base de sustentación y protección de los derechos humanos de los niños y niñas.

La Efectividad y Prioridad Absoluta.

El artículo 4 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989) recoge este principio en los siguientes términos:

> "*Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención*" (Principio de Efectividad).
>
> "[…] *En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional"* (Principio de Prioridad Absoluta).

Por un lado, la efectividad trae consigo la adopción de medidas no solo de carácter administrativo y legislativas, sino todas aquellas que siendo de cualquier índole conduzcan a la efectividad, es decir al goce y disfrute real de los derechos humanos de los niños y niñas.

La Participación solidaria o principio de solidaridad.

El artículo N°5 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece este principio general de la siguiente manera:

> *"Los Estados partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otra personas encargadas legalmente del niño, de impartirle, en consonancia con sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención".*

El Principio de solidaridad, debe leerse e interpretarse en conjunción con el de efectividad y prioridad absoluta, porque si bien éste último obliga a las medidas de goce, disfrute y garantía de los derechos de los niños y niñas en un sentido amplio, el de solidaridad explica el deber de comunidad, padres y madres a orientar el pleno ejercicio por parte del niño o la niña. De manera alguna quiere decir que esta orientación sea imposición, por cuanto siempre debe ser entendida como coadyuvante acción del ejercicio *per se* del niño (Buaiz, 2005).

4.4.3.1.3. Derecho a la Salud.

Como uno de los principales derechos que define la doctrina anteriormente descrita, se destaca el derecho a la salud. La Organización Mundial de la Salud (1946) reconoce que "[…] el goce del grado máximo de salud *que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".*

El derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, suministro de alimentos sanos, vivienda digna, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

El derecho a la salud como un mecanismo de protección a la vida, requiere no solamente de acciones estatales que faciliten a las personas el acceso equitativo y universal de todos los medios de seguridad social, sino además un ambiente sano y la satisfacción de otras necesidades vitales que les garantice una adecuada calidad de vida.

4.4.3.1.4. Derecho a la Salud de las Mujeres.

Como se señaló en el apartado anterior la salud es un derecho humano y un bien social, como tal, todas las personas deben tener acceso a él siendo este componente inalienable de la dignidad de los seres humanos. Paralelamente, los Estados se

constituyen en garantes del mismo a través de la política social, además del establecimiento de un marco jurídico adecuado que asegure que ninguna mujer u hombre sean privados, excluidos o discriminados de su satisfacción.

El interés por la salud de la mujer es relativamente reciente. Hasta hace poco tiempo se empiezan a gestar espacios de discusión a favor de la equidad de género. En esta trayectoria es importante destacar a nivel internacional el reconocimiento de las Naciones Unidas a partir del año 1976 de una serie de políticas a favor de la salud integral de las mujeres y la "Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos", que fue lanzada en 1987; antes de estos eventos, la salud de las mujeres era concebida esencialmente como un medio para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil.

Se reconoce a la mujer como persona, más que como portadora de vida. Bajo el termino de salud "materno-infantil" se incluyeron todos aquellos problemas de la mujer relacionados con el embarazo, parto y puerperio y las condiciones de salud de los y las niñas. La iniciativa fue de un valor incuestionable, puesto que sacó a la luz el problema de la mortalidad materna, y reconoció la atención obstetrica universal y de calidad, así como la prevención y la detección oportuna de complicaciones como derecho de todas las mujeres y obligación de los servicios. Sin embargo, esta visión presentaba una limitación, ya que se enfocó únicamente a las mujeres que desean tener hijos, y solo de manera indirecta toca otros temas reproductivos.

En respuesta a esta situación, surge por parte de la O.M.S. en 1988, el concepto de salud reproductiva como un estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción. Partiendo de este enfoque se otorga un nuevo valor y significado a lo que implica la calidad en los servicios en salud sexual y reproductiva.

La O.P.S. afirma que la buena calidad de estos servicios se da cuando:

> *"*[…] *son accesibles y donde existe una buena interacción entre el prestador de servicios y las usuarias; aquellos donde partiendo de las necesidades específicas de las mismas se les provee de conocimientos, de tratamiento, acompañamientos y de una variedad de tecnologías y métodos anticonceptivos de forma que estos respondan a las necesidades y demandas de las usuarias sin que ello implique riesgos adicionales".* (O.P.S., 2002).

La salud de las mujeres responde a múltiples factores que trascienden los biológicos, dando cuenta más bien de cuál es su lugar en la sociedad, de la forma en que acceden a los recursos materiales y sociales para vivir una vida digna, con libertad, igualdad de oportunidades, trabajo, educación y vivienda, y sobre todo un vida exenta de violencia de cualquier tipo.

Según la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (2011) el "[…] *enfoque de género ha permitido poner en evidencia los mecanismos que el patriarcado, como sistema social arraigado históricamente, utiliza para promover y sostener la supremacía de lo masculino y la subordinación de lo femenino*". Lo que ha implicado para las mujeres el no reconocimiento de sus derechos humanos y de su calidad de ciudadanas.

La salud de las mujeres han sido un tema especialmente sensible y vulnerable respecto a la situación de inequidad social, puesto que durante todo su ciclo vital experimentan efectos negativos a partir de su desigualdad genérica, los que repercuten en su bienestar y en su salud integral:

> *"La mayoría de las mujeres vive más que los hombres, pero de hecho vive peor o más enferma, al acumularse en su cuerpo y en su psiquis el peso de las distintas discriminaciones de género, más otras relacionadas con su edad, etnia, condición socioeconómica, lugar de residencia, opción sexual, entre otras" (*Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2011).

4.4.3.1.5. Derechos de las niñas, niños y adolescentes.

En el Paradigma de Protección Integral se encuentran definidos los Derechos Humanos de Niños, Niñas y Adolescentes, lo cual permiten aproximarse al proyecto social de Protección, el cual es obligación de todos los Estados que han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño. En ese sentido, se destacan cuatro grupos de derechos:

- Derechos a la Supervivencia: a la vida, a la salud, a la seguridad social y a no participar en conflictos armados.

- Derechos al Desarrollo: a la educación, a la cultura y recreación, al nombre y la nacionalidad, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión.
- Derechos a la Participación: a la libertad de expresión e información, a la opinión, a la libre asociación.
- Derechos a la Protección Especial: comprende los derechos de estar protegido contra situaciones específicas de cualquier índole, que le son adversas y vulneran derechos a los niños y niñas (Convención sobre los derechos del Niño, 1989).

De los cuatro grupos de derechos contenidos en la Doctrina de Protección Integral, los derechos a la supervivencia, a la protección y a la participación forman un conjunto que convoca a la prioridad absoluta para todos los niños y niñas, para que se formulen y ejecuten políticas de Estado destinadas a la totalidad de la niñez y la adolescencia en materia de derechos y garantías a la vida, a la salud, a la educación, a la alimentación, al esparcimiento, a la asociación juvenil a la cultura, a la libertad, a la justicia y, en fin, al conjunto de derechos relacionados con el desarrollo personal y social, con la integridad y con la igualdad (Buaiz, 2005).

Pasar de "ningún derecho para muchos niños y niñas" (formulación de la injusticia en que se basa la Doctrina de la Situación Irregular), a "todos los derechos para todos los niños" (dimensión humana de la formulación de la Doctrina de la Protección Integral) no es tarea fácil, y mucho menos inmediata, pues requiere de una transformación integral de la sociedad; especialmente en el orden cultural, jurídico, social, económico e institucional.

4.4.4. Elemento ético-político del quehacer profesional.

Como parte de la profesión de Trabajo Social debe contemplarse la dimensión ético-política de los y las profesionales, esta se concibe aquella capacidad del ser humano de reflexionar, aprehendiendo de manera crítica lo que socialmente se establece. Esta parte de que la ética no se puede desligar de la dimensión política, ya que ésta última supone la proyección ideal de lo que se pretende transformar, en cuál dirección, con cuáles estrategias, y por ende implica proyectos vinculados a ideas y valores de una clase, de un estrato social o de un grupo.

Con respecto a esto, Netto (2000) aporta que los elementos éticos no se limitan a normativas morales y/o prescripción de derechos y deberes, sino que envuelven además las opciones teóricas, ideológicas y políticas de los colectivos y de los y las profesionales.

De manera que el eje ético-político de esta investigación va dirigido a la promoción de la dignificación de las personas, procurando hacer denuncia de todo aquello que violente el disfrute de los derechos humanos y sociales de las adolescentes embarazadas.

Se van a comprender a las adolescentes embarazadas como población vulnerabilizada por su condición de género y su edad, por lo tanto forman parte de los sectores socialmente excluidos. La investigación está direccionada a señalar la importancia de que se retome a esta población dentro de la política social y al mismo tiempo, se reconozcan como personas sujetas de derechos, en coherencia con un compromiso ético-político de Trabajo Social con la población usuaria de los servicios sociales en salud.

Un análisis de los procesos de trabajo en los que participa Trabajo Social con las adolescentes embarazadas en el tercer y segundo nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social requiere considerar el ámbito contextual en que se han construido, desarrollado y modificado las políticas sociales, las formas de intervención y las experiencias prácticas de los y las profesionales en salud involucrados, lo que implica rescatar el carácter histórico de la realidad cotidiana de la sociedad, así como las contradicciones que se entretejen.

Debido a que la investigación se involucra de manera directa con la ejecución de las políticas sociales, es necesario partir de una perspectiva crítica para hacer lectura de la realidad y de la política social que permita situar a la población adolescente embarazada y todas sus particularidades en el contexto de la sociedad actual.

4.4.5. Resultados de los Procesos de Trabajo.

Iamamoto (2003) sugiere que en los productos o resultados de los procesos de trabajo se materializan las finalidades de las instituciones que orientan la organización de los procesos de trabajo colectivo, del cual forman parte los y las Trabajadoras Sociales,

junto a otros profesionales. Estos resultados se realizan por medio de programas y proyectos de trabajo específicos, propuestos a partir de un análisis de las demandas y de los objetos elegidos como prioridad para el ejercicio profesional.

Es importante ubicar los resultados o productos de los procesos de trabajo donde participan los trabajadores y trabajadoras sociales en el campo de la reproducción de la fuerza de trabajo, de la viabilidad de los derechos y de la prestación de servicios públicos de interés para la colectividad, de la educación sociopolítica, afectando hábitos, modos de pensar, comportamientos, prácticas de los individuos sociales en sus múltiples relaciones y dimensiones de la vida cotidiana en la producción y reproducción social.

4.5. Referente Legal

4.5.1. Fundamento Jurídico de la Atención a la Población Adolescente Embarazada.

La atención de la población adolescente embarazada en Costa Rica está basada en directrices legales, decretos y referentes tanto nacionales como internacionales, cuyo objetivo es el respeto de los derechos, la búsqueda de un desarrollo integral de la madre, el o la hija, y en algunos casos, de la pareja y la familia.

A continuación se describen leyes, acuerdos, convenciones y demás normativas políticas que intervienen en la atención a la población adolescente embarazada del país, y que al mismo tiempo se configuran como el marco de referencia para el desarrollo de la presente investigación; bajo este fundamento se analizan las acciones realizadas por los y las profesionales en Trabajo Social de los hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

En este apartado se retomarán cinco tratados internacionales, que marcan un referente importante en la acción y ejecución de las acciones hacia la población de interés, once leyes y políticas nacionales y cuatro documentos institucionales. Además se consultan otros documentos como el Reglamento Autónomo del Consejo de la Persona Joven y la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer, sin embargo, estos se descartan por carecer de elementos relevantes para la presente investigación.

4.5.1.1. Política Internacional en relación con la población adolescente.

4.5.1.1.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, esta declaración se configura como el ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción. (O.N.U., 2011.)

Esta declaración, hace referencia al tema de interés principalmente en su artículo N°25, donde propone que "la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales". Con ello, confirma a la población como actor importante en las acciones del Estado y en las intervenciones que se den hacia la misma.

4.5.1.1.2. Declaración de los Derechos del Niño.

Creada en 1959, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Declaración de los Derechos del Niño, es un instrumento de respaldo de los derechos de la población Menor de Edad en el mundo, para efectos de la investigación se retomará solamente el artículo N°4, el cual estable que "[…] *todo niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal*" (O.N.U., 2008). Añade que el niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

4.5.1.1.3. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979, pero fue hasta el 3 de septiembre de 1981 que entró en vigor como tratado internacional tras su ratificación por 20 países.

Para términos de esta investigación, se retomará, principalmente el artículo N°12, en este se establece que los Estados que son partícipes de ésta Convención, adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia (Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, C.I.N.U., 2000).

Además, este convenio, se propone garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

4.5.1.1.4. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

La Convención sobre los Derechos del Niño, es el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante que incorpora los derechos humanos, tanto a nivel, civil, cultural, económico, político y social. Ésta se crea en 1989, momento en que dirigentes mundiales deciden que los niños y niñas debían de tener lineamento especial destinado exclusivamente a las personas menores de edad, a reconocerlos como sujetos y sujetas que precisan de cuidados y protección especiales (U.N.I.C.E.F., 2011).

Esta convención se divide en 54 artículos, de ellos tomaremos en cuenta específicamente el N°6, N°24 y N°26, los cuales retoman directamente el derecho a la atención en salud que tienen las personas menores de edad.

En su artículo N°6 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados Partes reconocen que todo niño tiene derecho intrínseco a la vida. Con ello se garantiza la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño. Por otro lado, en el

artículo N°24, se reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. En este artículo los Estados Partes aseguran que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios, y buscarán medidas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez.

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños y niñas. La atención sanitaria apropiada a las mujeres embarazadas. Y que todos los sectores de la sociedad conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de las Personas Menores de Edad, las ventajas de la lactancia materna, la higiene.

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición. Aplicación de tecnologías de fácil acceso y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre.

d) Desarrollar la atención preventiva de la salud, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación familiar.

Por último, en el artículo N°26 la Convención sobre los Derechos del Niño, estable que los Estados Partes reconocerán a todas las Personas Menores de edad, el derecho a beneficiarse de la seguridad social y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con la legislación nacional.

4.5.1.1.5. Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015.

El Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana es un esfuerzo de distintas entidades centroamericanas y de República Dominicana, entre las que se encuentra el Ministerio de Salud de Belice, el Ministerio de Salud y Deporte de Costa Rica, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, la Secretaría de Salud Pública de Honduras, el Ministerio de Salud de Nicaragua, el Ministerio de Salud de Panamá y la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana. De este Plan de Salud es la de "[…] *promover el bienestar social y económico de los habitantes de la Región incrementando la protección y seguridad social en términos de mejorar el acceso a servicios de salud de calidad, mejorar el saneamiento ambiental, reducir la*

vulnerabilidad a los desastres trabajando en un marco de servicios y determinantes de salud. El objetivo del eje es disminuir la brecha que existe entre los Estados Miembros en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los desafíos de la Agenda de Salud para las Américas" (Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana, 2009: 17).

El Plan de Salud es un plan estructural funcional para el cumplimiento de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana que se propone como marco de referencia para las iniciativas locales, nacionales y regionales relacionadas con el sector salud, por lo que es una herramienta para facilitar la armonización y el alineamiento de la cooperación técnica y financiera en salud, buscando dar respuesta a las prioridades de salud identificadas en la Agenda de Salud mencionada.

Entre los objetivos estratégicos del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana se encuentran los siguientes:

- Fortalecer la integración social de Centroamérica y República Dominicana mediante la definición e implementación de políticas regionales de salud.
- Fortalecer y extender la protección social en salud garantizando el acceso a servicios de salud de calidad.
- Reducir las desigualdades e inequidades y exclusión social en salud dentro y entre los países.
- Fortalecer la gestión y desarrollo de las trabajadoras y trabajadores de la salud.

A continuación se describen algunos de los lineamientos de acción estipulados en el Plan de Salud para su cumplimiento, en cuanto al componente de salud, cuyo objetivo es el de fortalecer y extender la protección social en salud garantizando el acceso a servicios de salud de calidad.

- Diseño y validación de modelos de atención basados en una política y estrategia regionales para el abordaje intercultural por ciclos de vida con enfoque de género y derechos humanos.
- Desarrollo y validación modelos de redes regionales integradas (ministerios de salud y seguros sociales, público y privado) para incrementar la cobertura y mejorar la calidad de servicios de salud, con especial énfasis en los trabajadores migrantes.

? Definición y adopción, de forma progresiva y homogénea, un conjunto de prestaciones garantizadas de salud para la Región que incorpore grupos vulnerables (mujer, niñez, adolescentes y adulto mayor) con enfoque de derechos humanos y etnicidad.

4.5.1.2. Política Nacional en relación con la población adolescente.

4.5.1.2.1. Constitución Política de Costa Rica.

Creada en 1949, la Constitución Política de Costa Rica, es el marco legal y jurídico del país, en el cual se establecen deberes y derechos tanto de los ciudadanos costarricenses así como del Estado. Para efectos de la investigación de retomará únicamente el artículo N°55, en el cual se establece que la protección de la madre y del menor, estará a cargo de una institución autónoma denominada Patronato Nacional de la Infancia, con la colaboración de las otras instituciones del Estado (Constitución Política, 1949).

4.5.1.2.2. Código penal de Costa Rica, Ley N° 4573.

El Código Penal de Costa Rica fue publicado en la gaceta N°. 257 de 15 de noviembre de 1970 como a Ley N°. 4573.

En su artículo N° 156 se especifica lo siguiente acerca de la pena por violación: "*Será sancionado con pena de prisión de diez a dieciséis años, quien se haga acceder o tenga acceso carnal, por vía oral, anal o vaginal, con una persona de cualquier sexo, en los siguientes casos:*

1) Cuando la víctima sea menor de doce años.

2) Cuando la víctima sea incapaz o se encuentre incapacitada para resistir.

3) Cuando se emplee la violencia corporal o intimidación. La misma pena se impondrá si la acción consiste en introducir, por vía vaginal o anal uno o varios dedos u objetos" (Código Penal de Costa Rica, 1970: 32).

En cuanto a violación calificada se inscribe en el artículo N°157 que: "*La prisión será de doce a dieciocho años cuando el autor sea un ascendiente, descendiente o hermano por consanguinidad o afinidad o se produzca la muerte de la víctima*" (Código Penal de Costa Rica, 1970: 32).

Con respecto a la pena por mantener relaciones sexuales con personas menores de edad se expone en el artículo N°159: *"Quien, aprovechándose de la edad, se haga acceder o tenga acceso carnal por vía oral, anal o vaginal, con una persona de cualquier sexo, mayor de doce años y menor de quince, aun con su consentimiento, será sancionado con pena de prisión de dos a seis años. Igual pena se impondrá si la acción consiste en introducir, por vía vaginal o anal uno o varios dedos u objetos. La pena será de cuatro a diez años de prisión cuando la víctima sea mayor de doce años y menor de dieciocho, y el agente tenga respecto de ella la condición de ascendiente, tío, tía, hermano o hermana consanguíneos o afines, tutor o guardador*" (Código Penal de Costa Rica, 1970: 33).

De la misma forma se plantea las penas por abusos sexuales contra personas menores de edad e incapaces en el artículo N°161, exponiéndose que: "*Quien de manera abusiva realice actos con fines sexuales contra una persona menor de edad o incapaz o la obligue a realizarlos al agente, a sí misma o a otra persona, siempre que no constituya delito de violación, será sancionado con pena de prisión de tres a ocho años.*

La pena será de cuatro a diez años en los siguientes casos:

1) Cuando la persona ofendida sea menor de doce años.

2) Cuando el autor se aproveche de la vulnerabilidad de la persona ofendida o esta se encuentre incapacitada para resistir o se utilice violencia corporal o intimidación.

3) Cuando el autor sea ascendiente, descendiente, hermano por consanguinidad o afinidad, padrastro o madrastra, cónyuge o persona que se halle ligado en relación análoga de convivencia, tutor o encargado de la educación, guarda o custodia de la víctima.

4) Cuando el autor se prevalece de su relación de confianza con la víctima o su familia, medie o no relación de parentesco" (Código Penal de Costa Rica, 1970: 33).

4.5.1.2.3. Código de la Niñez y Adolescencia.

Costa Rica ratificó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño el 21 agosto de 1990, ésta convención es el marco del Código de la Niñez y la Adolescencia. Este mismo fue aprobado hasta el 6 de febrero del año 1998. Este documento es un referente importante en el tema de adolescentes embarazadas y la atención desde diferentes ámbitos que ellas deben recibir.

Para efectos de la investigación, se retomarán únicamente 11 de los 195 artículos que lo componen. Primeramente en el artículo N°2 se establece que se va a considerar como adolescente a toda persona mayor de 12 años y menor de 18 años. Concepto importante y que retomará a lo largo de la investigación.

En su artículo N°4, referente a Políticas Estatales, se establece que será obligación del Estado adoptar medidas administrativas, legislativas y presupuestarias, para garantizar la efectividad de los derechos fundamentales de las personas menores de edad. Así mismo, establece que en la formulación y ejecución de políticas, el acceso a los servicios públicos y su prestación se mantendrá siempre presente, el interés superior de estas personas (Código Niñez y Adolescencia, 1998).

Es importante resaltar que el Código de la Niñez y la Adolescencia respalda algunos de los derechos con los que cuentan la población de niños, niñas y adolescente del país, estos son: derecho a la atención médica directa, obligatoria, inmediata y gratuita por parte del Estado, sin discriminación alguna. Igualmente está el derecho a la seguridad social, que corre por el Estado, principalmente por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Además de los puntos señalados, en el artículo N°44 del Código, se señalan las competencias del Ministerio de Salud, como ente encargado de velar porque se verifique el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades, así como la rehabilitación de la salud de las personas menores de edad. Asimismo, establece que es función de dicho Ministerio, también, garantizar programas de tratamiento integral para las adolescentes, acerca del control prenatal, perinatal, postnatal y psicológico.

El Código de Niñez y Adolescencia hace referencia también, a los servicios existentes para las personas menores de edad embarazadas, los cuales son de gran interés para el desarrollo de la investigación; señala que “[…] *los centros públicos de salud darán a*

la niña o la adolescente embarazadas los servicios de información materno-infantil, el control médico durante el embarazo para ella y el niño o niña, la atención médica del parto y, en caso de que sea necesario, los alimentos para completar su dieta y la del niño o niña durante el período de lactancia" (Código Niñez y Adolescencia, 1998).

Aunado a lo anterior, en cuanto a la asistencia económica, este código señalan en su artículo N°51, el derecho de las niñas o adolescentes embarazadas o madres en condiciones de pobreza a una atención integral por parte del Estado, mediante programas de instituciones correspondientes a la temática. Los recursos deberán responder a una acción integral y no meramente asistencial, para garantizar a la persona su desarrollo humano y social.

Por último, en este documento se establece también que se garantizará la protección integral de los derechos de las personas menores de edad en el diseño de las políticas públicas y la ejecución de programas destinados a su atención, prevención y defensa, por medio de las instituciones gubernamentales y sociales.

4.5.1.2.4. Ley de Paternidad Responsable N° 8101.

La Ley de Paternidad Responsable, fue publicada en la Gaceta N° 81 del 27 de abril de 2001 y respalda a aquellas madres de hijos nacidos fuera del matrimonio cuyos padres no asuman sus responsabilidades como tales por voluntad propia.

Se lleva a cabo su uso por medio de una declaración de paternidad por parte del padre, si ese presunto padre niega su paternidad, se dará una cita gratuita a la madre, el hijo o hija y al presunto padre para la realización de un estudio comparativo de marcadores genéticos, ante los laboratorios de la Caja Costarricense de Seguro Social acreditados por el Ente Nacional de Acreditación de Laboratorios (E.N.A.L.).

> "*La Caja Costarricense de Seguro Social tendrá la obligación de garantizar la cadena de custodia de la prueba, así como de comunicar al Registro Civil los resultados de la prueba. Si el presunto padre no se apersona o si se niega a llevar a cabo la prueba genética, procederá aplicar la presunción de paternidad y dará lugar para que así se declare, administrativa-mente, y se inscriba con los apellidos de ambos progenitores, siempre y cuando la madre y el*

niño o la niña se hayan presentado a realizarse la prueba. Dicha declaración administrativa otorgará las obligaciones legales propias de la paternidad" (Ley de Paternidad Responsable, 2001: 2).

4.5.1.2.5. Ley Lactancia Materna N°7430.

En esta ley, creada en 1994, se contemplan los deberes de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el tema de lactancia materna, sin especificar en la población por grupo etario.

La ley establece que es obligación de la Caja Costarricense de Seguro Social promover la lactancia materna y realizar diversas actividades para estimularla y mantenerla durante el mayor tiempo posible. Para ello, deberá elaborar y entregar, material educativo para estimular la lactancia materna, a todas las mujeres embarazadas que asisten a la consulta prenatal. Brindar a las mujeres embarazadas, una guía para prepararse adecuadamente para la lactancia. Realizar acciones para que, se estimule la práctica de la lactancia materna. Además de ofrecer facilidades a las madres para amamantar a sus hijos hospitalizados (Ley Lactancia Materna, N°7430, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1994).

Por otro lado, esta ley busca identificar a las embarazadas que, por su condición económica, son de alto riesgo y brindarles el apoyo necesario. Así mismo, ofrecer, en todos los hospitales donde exista sección materno-infantil, charlas sobre la lactancia materna y sobre las técnicas apropiadas de amamantamiento.

4.5.1.2.6. Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia (P.A.N.I.) N° 7948.

Creada en de 1996, la Ley Orgánica del P.A.N.I. constituye, junto con Código de la Niñez y la Adolescencia, el marco legal mínimo para la protección de los derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica. En sus 42 artículos establece los principios de acción y protección para las Personas Menores de Edad costarricenses, sin embargo, para efectos de la investigación, se retomarán solo 3 artículos.

En el artículo N°1, se establece que el fin primordial del Patronato Nacional de la Infancia, el cual se constituye como la institución rectora en materia de infancia,

adolescencia y familia, es el de proteger especialmente y en forma integral a las personas menores de edad y sus familias, como elemento natural y pilar de la sociedad. En el siguiente artículo, la Ley 7948, establece como principios del P.A.N.I., que es obligación del Estado costarricense de reconocer, defender y garantizar los derechos de la infancia, la adolescencia y la familia. Así como, de velar por el interés superior de la persona menor de edad.

Además esta Ley retoma:

a) La protección a la familia como elemento natural y fundamental de la sociedad, ya que es el medio idóneo para el desarrollo integral del ser humano.

b) La protección integral de la infancia y la adolescencia, el reconocimiento de sus derechos y garantías establecidos en la Constitución Política, las normas de derecho internacional y las leyes atinentes a la materia.

c) La dignidad de la persona humana y el espíritu de solidaridad como elementos básicos que orientarán el quehacer institucional.

Finalmente, el artículo N°3 de la Ley 7948, hace referencia a los fines que tiene el Patronato Nacional de la Infancia, los cuales son:

a) Fortalecer y proteger a la niñez, la adolescencia y la familia dentro de los mejores valores tradicionales del ser costarricense.

b) Orientar y colaborar en las tareas de formación y educación de los padres de familia en las tareas de formación y educación, de las personas menores de edad, mediante el impulso de programas de capacitación y formación para los padres de familia.

c) Garantizar a las personas menores de edad el derecho de crecer y desarrollarse en el seno de una familia, sea biológica o adoptiva.

d) Estimular la solidaridad ciudadana y el sentido de responsabilidad colectiva para fortalecer, promover y garantizar los derechos y deberes de la niñez y la adolescencia.

e) Promover la participación organizada de la sociedad civil, los padres de familia, las instituciones estatales y las organizaciones sociales en los procesos de estudio, análisis y toma de decisiones en materia de infancia, adolescencia y

familia, con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes de las personas menores de edad.

f) Fortalecer, promover y supervisar las iniciativas y la participación de las organizaciones no gubernamentales, en la atención integral de la niñez, la adolescencia y la familia.

g) Dictar e implementar en coordinación con la sociedad civil y las instituciones estatales, las políticas en materia de infancia, adolescencia y familia.

4.5.1.2.7. Ley General de la Persona Joven, N°8261.

La Ley General de la Persona Joven, fue creada en la administración de Miguel Ángel Rodríguez Echeverría, en el año 2002, y contempla a la población de Adolescentes en los artículos N°4, N°5 y N°6. En esta ley se señala específicamente que en el sector salud los deberes del Estado costarricense con las personas jóvenes son brindar atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que incluyan, como mínimo, farmacodependencia, nutrición y psicología.

En estos artículos señalados anteriormente, la ley establece el derecho de las personas jóvenes a la salud, la prevención y el acceso a servicios de salud que garanticen una vida sana. Asimismo, puntualiza como deberes del Estado, garantizar a las personas jóvenes las condiciones óptimas de salud, trabajo, educación y desarrollo integral. En esa tarea participarán plenamente los organismos de la sociedad civil que trabajen en favor de la juventud, así como los representantes de los jóvenes que participan en el proceso que se señalan en esta Ley (Ley General de la Persona Joven, 2002).

4.5.1.2.8. Ley General de Protección a la Madre Adolescente, N°7735.

Creada en el 2002, esta ley es la encargada de regular todas las políticas, las acciones y los programas preventivos y de apoyo, que ejecuten las instituciones gubernamentales, dirigidos a adolescentes madres. En sus artículos N°4, N°9 y N°12,

la Ley General de Protección a la Madre Adolescente, establece como fines de la misma, la atención integral de las adolescentes, en las clínicas, los centros médicos y comunidades. Además especifica que la Atención Integral a la Madre Adolescente debe ser dada por Centros de Atención de la Caja Costarricense del Seguro Social, en ésta, las clínicas y los Centros de Salud deberán, elaborar programas de atención integral para las madres adolescentes.

En los artículos señalados, la ley establece que se debe brindar asistencia gratuita, prenatal y posnatal a las madres adolescentes. Desarrollar programas de formación y orientación, tendientes a sensibilizar a las madres adolescentes y sus familias acerca de las implicaciones de su maternidad. Así como impartir cursos formativos de educación sexual dirigidos a las madres adolescentes, con el propósito de evitar la posibilidad de otro embarazo no planeado. Además de brindarles a las madres adolescentes, por medio del servicio social, insumos importantes que les permitan criar y educar adecuadamente a sus hijos (Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 2002).

En esta misma ley se establece la cooperación institucional, en la cual, las instituciones estatales, principalmente la Caja Costarricense del Seguro Social, quedarán obligadas a proporcionar la ayuda necesaria a la población adolescente, en cuanto a atención médica gratuita a las madres adolescentes que la soliciten y a los hijos de ellas, aunque la adolescente no se encuentre afiliada, para tal efecto, dicha institución deberá expedir un carné provisional de asegurada.

4.5.1.2.9. Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica.

Para el año 2009 se construye una Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica por parte de organizaciones tales como la Rectoría del Sector Social y Lucha Contra la Pobreza, el M.I.D.E.P.L.A.N., el P.A.N.I., el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia y la U.N.I.C.E.F. Esta política establece la dirección estratégica del Estado costarricense en la efectiva promoción, respeto y garantía de los derechos humanos de todos los niños, niñas y adolescentes.

Plantea como horizonte temporal el año 2021 para el logro de sus aspiraciones en virtud de su correspondencia con el bicentenario de la vida republicana de Costa Rica,

"[…] *hecho que sirve, en el imaginario nacional, como trazador del rumbo a seguir y de los esfuerzos para alcanzar mayores niveles de desarrollo y bienestar*" (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009: 19).

Las políticas de Estado en niñez y adolescencia comprenden cuatro niveles o estamentos[4]. El primer nivel plantea políticas sociales básicas, cuyos bienes y servicios tiene cobertura universal, tales como las políticas de salud, educación, deporte, cultura, recreación, participación, seguridad alimentaria y nutrición, saneamiento, vivienda, seguridad pública, protección y promoción del desarrollo integral, entre otros (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009).

El segundo nivel tiene que ver con políticas de bienestar social; son políticas que no tienen carácter universal, y son dirigidas a aquellas personas, grupos, comunidades y especialmente familias que por diferentes omisiones del poder público o de los grupos de crianza, no acceden a los servicios de las políticas sociales básicas y que no tienen la posibilidad de acceder y puedan cubrir por sí mismos sus necesidades materiales o morales, por lo tanto estos son servicios públicos de auxilio, orientación y apoyo (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009).

De la misma forma el tercer nivel trata de políticas de protección especial, las cuales comprenden acciones que se destinan a personas o grupos que por alguna condición especial o por alguna forma de violación de sus derechos, necesitan de servicios públicos especiales para ser protegidos, por lo tanto van dirigidas a atacar las causas de vulnerabilidad, producto en gran medida de la no satisfacción de los derecho universales. Se refiere específicamente a situaciones de trata, explotación sexual comercial, explotación laboral, adicciones y consumo de drogas, y otras formas de violencia (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009).

Por último el cuarto nivel se basa en políticas de garantías que corresponden a aquellas que están constituidas por un conjunto de mecanismos jurídicos e institucionales con el fin de poner en práctica las conquistas del derecho democrático a favor de las personas y grupos amenazados o violados en cualquiera de sus derechos (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009).

[4] Para efectos de la presente investigación se tomarán en cuenta las políticas sociales básicas, ubicadas en el primer nivel, ya que son las que corresponden a los servicios que son su objeto de estudio.

La Política para la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica tiene como aspiración general la siguiente:

> "*Al 2021, Costa Rica espera haber alcanzado el nivel de una nación capaz de garantizar el pleno ejercicio de todos los derechos de la niñez y la adolescencia, y hacer de todo el territorio nacional un ambiente o entorno de protección integral, participación y desarrollo efectivo de los niños, niñas y adolescentes que lo habitan*" (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009: 54).
>
> A continuación se realizará una descripción general de los ejes y lineamientos que se plantean para el primer nivel de la política, correspondiente a las políticas sociales básicas[5].

Eje 1: Institucionalización democrática.

Las líneas de acción a seguir para alcanzar lo estipulado en este eje son las siguientes:

a) En la elaboración y ejecución de las políticas públicas, el Estado dará una especial consideración a los derechos y deberes de las madres, padres y responsables de las personas menores de edad, siendo deber del Estado dar protección a las personas menores de edad, garantizando sus intereses, su opinión, el debido proceso u la autonomía progresiva de la que gozan.

b) Promoción y garantía de la participación de la niñez y la adolescencia como sujetos activos de derechos, donde el Estado promoverá y garantizará que toda decisión de carácter político, administrativo, legislativo o judicial contemple el derecho de participación de las personas menores de edad, considerando los elementos de diversidad.

c) Remoción de barreras y apoyo a la inclusión social, siendo obligación del Estado tomar las medidas para eliminar todo tipo de barreras que impidan,

[5] Se describirán de manera amplia aquellos lineamientos que serán tomados en cuenta como de interés para la presente investigación.

en cualquier ámbito, el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; y establecerá y fortalecerá mecanismos y programas que promuevan su inclusión social. De la misma forma se debe garantizar la estimulación temprana, el acceso a los servicios básicos de salud, el avance hacia la universalización de la educación preescolar, la retención de la población escolar en las aulas, de escuelas y colegios, el mejoramiento de la calidad y pertinencia de la educación, la creación de condiciones para el disfrute del juego y la recreación.

d) Lucha contra la pobreza y la exclusión social, donde la niñez y la adolescencia tendrán un trato prioritario, y debe asumir sus entornos familiares y comunitarios, desde una perspectiva integral, intersectorial e interinstitucional.

e) Armonización del derecho interno con las obligaciones internacionales

f) Fortalecimiento del Sistema Nacional de Protección Integral, por lo que todas las instituciones públicas y las organizaciones de la sociedad civil relacionadas con la niñez y la adolescencia son responsables de la articulación de sus acciones para hacer efectivo el cumplimiento de los derechos de las personas menores de edad mediante las políticas públicas, el Plan Nacional de Desarrollo vigente, los planes focalizados, los programas y las actividades de cualquier orden. De la misma forma se promoverán redes sociales, comisiones, órganos, instancias, departamentos y oficinas especializadas en niñez y adolescencia, y cuando sea pertinente se designarán colaboradores especializados en el tema.

g) Compromiso garantista al tomar decisiones judiciales y administrativas

h) Incremento de la inversión social, con un Estado comprometido a destinar el máximo de los recursos disponibles para ejecutar planes nacionales, programas, proyectos y actividades dirigidas a la garantía de los derechos de las personas menores de edad. De la misma manera las instituciones del Estado deberán tomar medidas progresivas para incrementar los recursos dirigidos a la niñez y adolescencia según la demanda social; contabilizar la inversión institucional en niñez y adolescencia; desagregar los datos presupuestarios según planes, programas y proyectos, zona y región; a su vez

los programas deben desglosarse por edad, sexo y grupo social, monitorear y evaluar anualmente la eficiencia y eficacia de la inversión.

i) Mejoramiento continuo del bloque institucional con enfoque de derechos, para lo cual las estrategias, planes y programas para el mejoramiento continuo de las instituciones públicas deberán tomar en cuenta los derechos de las personas menores de edad, los enfoques rectores vigentes en materia de niñez y adolescencia, los principios generales y especiales establecidos en la normativa nacional e internacional, el brindar un servicio de calidad a la niñez y adolescencia, y asignar hasta el máximo de los recursos disponibles.

j) Fiscalización de las organizaciones de la sociedad civil, por lo que para el Gobierno y las instituciones del sector público se declara de interés nacional la actividad de vigilancia de las organizaciones de la sociedad civil, en asuntos relacionados con la satisfacción de los derechos humanos de la niñez y la adolescencia, además los funcionarios y las funcionarias del sector público rendirán cuentas sobre el resultado de los planes, programas y proyectos a su cargo, deberán contestarlos requerimientos de información y pronunciarse sobre las recomendaciones contenidas en los informes de las organizaciones de la sociedad civil.

k) Incidencia de las organizaciones de la sociedad civil, para lo que el Estado promoverá una cultura de participación y cooperación con las organizaciones de la sociedad civil para desarrollar acciones conjuntas en promoción, prevención, atención y protección de los derechos humanos de las personas menores de edad.

l) Articulación eficiente de la cooperación internacional

m) Acceso a la información para las personas menores de edad, siendo obligación de las instituciones del Estado garantizar a los niños, niñas y adolescentes el acceso a información oportuna y pertinente que tenga como propósito su formación y desarrollo integral, y se promoverá su producción y difusión a través de cualquier medio accesible de comunicación, para lo cual deberá tomarse en cuenta las diferencias etarias, de género, de orientación sexual, culturales y de cualquier otro orden, y también se ejecutarán programas interactivos de participación, opinión y expresión de las personas menores de edad que incluyan mecanismos de denuncia y de seguimiento.

n) Sistemas eficientes de información, para lo cual el Estado promoverá un observatorio de los derechos de la niñez y la adolescencia bajo la coordinación del C.N.N.A., que contará con la asistencia técnica de la Universidad de Costa Rica, el P.A.N.I. y el I.N.E.C. y estará adscrito al P.A.N.I., con el propósito de analizar y evaluar los datos y la información recopilada en los distintos sistemas de información existentes. Todas las instituciones públicas que produzcan información relacionadas con la niñez y la adolescencia, las O.N.G.´s y los organismos internacionales, participarán activamente en el observatorio y aportarán los recursos técnicos, tecnológicos, humanos, materiales, financieros y presupuestarios necesarios; las personas menores de edad también participarán en los procesos relacionados con el sistema y el observatorio.

o) Evaluación y rendición de cuentas de la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009).

Eje 2: Persona, familia y comunidad.

Sus líneas de acción son las siguientes:

a) Inscripción desde el nacimiento, estipulando que las instituciones públicas tomen todas las medidas de prevención, promoción y sensibilización para que se inscriba a los niños y niñas inmediatamente después de su nacimiento, sin discriminación alguna, y para que la información requerida para su inscripción no sea motivo de estigmatización.

b) Garantía a la nacionalidad.

c) Protección de la identidad y la imagen, donde la identidad de todo niño, niña y adolescente será protegida por el Estado costarricense, para evitar cualquier acción pública o privada que pueda conculcar este derecho.

d) Fortalecimiento de la familia, para lo cual todas las medidas, planes y programas del sector público deberán valorar su impacto en la vida de las familias, y se promoverá toda clase de programas, proyectos y actividades que tiendan a orientarlas, asesorarlas y a mejorar sus condiciones de convivencia, de modo que los niños, niñas y adolescentes crezcan en un medio familiar

accesible que los proteja. De la misma forma el Estado promoverá programas de capacitación y empleabilidad dirigidos a las madres, padres y encargados, con el fin de que puedan acceder a condiciones de trabajo decente que le permitan satisfacer las necesidades familiares, especialmente las relacionadas con la salud y la educación de los miembros de la familia. Asimismo, se tomará en cuenta lo anterior para las decisiones relacionadas con políticas nacionales de empleo y la organización de servicios de cuido familiar.

e) Reconocimiento al ejercicio de una disciplina sin castigo corporal.

f) Promoción y fortalecimiento de las alternativas de cuidado para niños y niñas.

g) Protección en situación de separación familiar.

h) Respeto y protección de los vínculos afectivos.

i) Hogares seguros.

j) Comunidades seguras.

k) Protección a niños, niñas y adolescentes relacionados con procesos migratorios.

l) Responsabilidad social, para el logro de éste el Estado promoverá la participación de las empresas privadas y de sus organizaciones en programas y proyectos accesibles relacionados con la persona menor de edad, para que se generen prácticas socialmente responsables que incluyan acciones directas hacia el bienestar de esta población. Asimismo, que asegure que las actividades productivas y económicas del país estén libres de explotación laboral, y asegurar de esta manera la protección de los derechos de las personas adolescentes que trabajan (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009).

Eje 3: Salud integral.

Sus líneas de acción se exponen a continuación:

a) Promoción de la salud integral, para lo cual todas las instituciones públicas donde se brinden servicios a las personas menores de edad promoverán la salud mental, los estilos de vida saludable, un ambiente sano y

sostenible, acceso a agua potable, nutrición suficiente y adecuada y seguridad alimentaria. Los programas, planes, acciones, infraestructura y equipos utilizados deben ser accesibles para todas las personas menores de edad que habitan en el país, y así garantizarles su desarrollo integral. Además, ejecutarán acciones de prevención en todas las comunidades del país según los factores de riesgo identificados: abuso en todas sus formas (sexual, físico, emocional, negligencia), violencia, castigo corporal, explotación laboral, explotación sexual comercial, consumo de drogas, ludopatía y ejercicio omiso de la autoridad parental, entre otros. Del mismo modo, de acuerdo con el contexto nacional, se deberán crear y fortalecer mayores iniciativas para asegurar la especialidad de los servicios dirigidos a los adolescentes, separándolos de los de las personas adultas y de los de los niños y niñas, para atender las características y cultura propias de estas edades.

b) Acceso a la salud y a la seguridad social, por lo que se garantizará la cobertura universal y el acceso, con equidad y sin requisitos previos de documentación, a todos los servicios de salud y seguridad social a los niños, niñas y adolescentes; en total observancia a los principios rectores de la protección integral. Además la atención de la población de la niñez y la adolescencia será especializada según sus particularidades, condiciones, requerimientos y edades. Para estos efectos, deberán incrementarse las especialidades en las zonas rurales en los tres niveles de atención.

c) De la misma forma, la atención de salud será de la mejor calidad; además, se establecerán los criterios técnicos e indicadores para medir los avances y retrocesos en los servicios que se brinden en las zonas rurales y urbanas y se incrementarán las mejoras en infraestructura y en equipos médicos, y se promoverá aún más la capacitación de los profesionales en salud de todos los niveles de atención relacionada con la niñez y la adolescencia, y no desde la visión adultocentrista.

d) Se reconocerán a la niñez y la adolescencia como sujetos activos de derechos con capacidad para asumir progresivamente el cuidado y la protección de su salud, bajo la observancia adecuada de sus progenitores o de las personas responsables.

e) Salud con enfoque multicultural, para lo cual los planes, programas y actividades de salud integral dirigidos a niños, niñas y adolescentes deberán tomar en cuenta la diversidad existente en el territorio nacional, en especial en territorios de los pueblos indígenas o de variada presencia étnica y deberán existir mecanismos específicos para garantizar la atención de niños, niñas y adolescentes que tengan limitaciones y dificultades de acceder a los servicios de salud del país.

f) Educación para la salud, propiciando que todas las instituciones competentes ejecuten acciones de educación no formal para que las personas menores de edad se formen, apropien y demanden su derecho a la salud. Para ello, impulsarán procesos de información, formación y asesoramiento para niños, niñas y adolescentes con el propósito de garantizar el disfrute pleno a la salud y su derecho de participación en las decisiones que les afectan.

g) Seguridad alimentaria y nutrición adecuada.

h) Salud integral de la madre y del padre adolescentes, por lo que el Estado garantizará los derechos de la adolescente embarazada y la adolescente madre, especialmente a la salud (nutricional, física, emocional y mental) y a la educación y se promoverán y ejecutarán los recursos destinados para los programas y proyectos dirigidos a esta población, los cuales se orientarán hacia el fortalecimiento de las capacidades de las madres y padres adolescentes para que asuman adecuada y responsablemente el ejercicio de la autoridad parental en las mejores condiciones posibles.

i) Salud sexual y reproductiva, para lo que se brindará apoyo e información sobre temas de sexualidad humana a las personas menores de edad, así como campañas para el ejercicio responsable de la sexualidad, que tomarán en cuenta las características etarias y el contexto de las y los destinatarios. También se crearán servicios de atención integral accesibles, programas y proyectos para prevenir las infecciones de transmisión sexual (I.T.S.), enfermedades infectocontagiosas, las situaciones de explotación sexual comercial, la trata, la violencia de género, la discriminación por causa de su orientación sexual y cualquier forma de violencia sexual en el ámbito familiar, social, institucional y en los medios de comunicación de cualquier tipo.

j) Atención prenatal, perinatal y posnatal, siendo obligación del Estado promover acciones para que los niveles totales de cobertura del programa de atención prenatal, perinatal y posnatal aumenten en el corto y mediano plazo. Estas acciones priorizarán las regiones que presentan mayores dificultades en el acceso a la atención prenatal, perinatal y postnatal. También se promoverán acciones que propicien la participación activa y el involucramiento de los padres en el proceso de atención prenatal, perinatal y posnatal, y fomentar así la paternidad responsable y el apego padre-hijo e hija.

k) Promoción de la lactancia materna.

l) Cobertura universal de la prevención por vacunación.

m) Prevención de la mortalidad.

n) Prevención y atención del V.I.H./S.I.D.A.

o) Prevención y atención a la adicción de sustancias psicoadictivas y a la ludopatía (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009).

Eje 4: Educación.

Sus líneas de acción son las siguientes:

a) Educación en derechos humanos.

b) Educación para lograr relaciones de género sensitivas y equitativas.

c) Educación universal de calidad.

d) Educación contextualizada.

e) Educación en los territorios y comunidades indígenas.

f) Educación para la sexualidad humana, por lo que es tarea del sistema educativo promover una educación que brinde la oportunidad a niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con la etapa de desarrollo en que se encuentran, de disponer de información científica sobre el tema, desarrollar valores y actitudes que enriquezcan su afectividad y adoptar conductas responsables que incidan en su protección, con miras a la construcción responsable de su proyecto de vida. La educación de la sexualidad humana

comporta un esfuerzo inclusivo que incorpora no solo a las instituciones sino también a todas las personas responsables de los y las estudiantes y a la comunidad en general, y deberá existir un programa de educación de la sexualidad humana accesible, contemplado como un tema transversal en el currículum y, en el caso de las poblaciones de adolescentes, como acciones educativas específicas en forma de talleres y cursos cortos enfatizando en el tema de los derechos sexuales y reproductivos, así como en actitudes para desarrollar una vida plena responsable, de calidad y de respeto a la diversidad.

g) Provisión de servicios de apoyo para estudiantes con necesidades educativas especiales.

h) Protección a las y los estudiantes adolescentes trabajadores, y su retención en el sistema educativo.

i) Fortalecimiento a la educación técnica y científica.

j) Fortalecimiento a la educación artística y estética.

k) Formación permanente del personal docente.

l) Promoción de la participación de padres madres y personas encargados de las niñas, niños y adolescentes, en el sistema educativo.

m) Seguridad en los centros educativos.

n) Infraestructura y equipamiento adecuad y accesible para los centros educativos (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009).

Eje 5: Cultura, juego y recreación.

Líneas de acción:

a) Respeto e inclusión de las diversidades culturales.

b) Fomento de la identidad cultural respetuosa de los derechos humanos.

c) Promoción de relaciones armónicas con nuestro ambiente natural.

d) Fomento de la creatividad y el estímulo de la imaginación de los niños, niñas y adolescentes.

e) Promoción del juego, el deporte y la recreación.

f) Reconocimiento de la cultura de las personas adolescentes.

g) Desarrollo de infraestructura para programas de cultura y recreación.

h) Fomento a la integración e inclusión de la población menor de edad migrante y con estatus de refugiada (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009).

Eje 6: Protección Especial.

a) Protección especial.

b) Prevención y erradicación de la explotación laboral infantil y protección del adolescente trabajador.

c) Protección contra la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.

d) Protección a víctimas de tráfico ílicito de migrantes y trata de personas menores de edad.

e) Protección integral del Estado para los y las adolescentes en los procesos penales juveniles.

f) Atención especializada para los y las adolescentes en los procesos penales juveniles.

g) Promoción de la inclusión social de la población penal juvenil (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009).

4.5.1.2.10. Política Pública de la Persona Joven.

Para el 2010 el Consejo de la Persona Joven, el Viceministerio de Juventud y el Ministerio de Juventud y Deporte plantean la Política Pública de la Persona Joven cuya finalidad es *"*[…] *articular acciones para revertir los contextos que generan la exclusión y fortalecer la inclusión de las juventudes en la sociedad costarricense"* (Consejo Nacional de la Persona Joven, 2010: 17).

Esta es una política de inversión social, que incluye a la totalidad de la población joven que habita en Costa Rica, promoviendo políticas de afirmación positiva, respondiendo a todas las particularidades de la diversidad de actores jóvenes, desarrollando estrategias para la priorización de acciones sobre quienes viven en condiciones de rezago, exclusión, o vulnerabilidad, a fin de reintegrarles el ejercicio de sus derechos y alcanzar condiciones de equidad (Consejo Nacional de la Persona Joven, 2010).

El objetivo que se plantea esta política es *"Crear oportunidades y condiciones para garantizar el ejercicio de los derechos y de la ciudadanía de las personas jóvenes, el desarrollo de sus potencialidades y su aporte al desarrollo nacional"* (Consejo Nacional de la Persona Joven, 2010: 24).

A continuación se describen algunos de los lineamientos[6] que estipula la política para su cumplimiento, mismos que deben ser considerados elementos de aplicación transversal en el quehacer de las instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, teniendo en cuenta que la Política Pública de la Persona Joven podrá articular diferentes procesos de planificación nacionales y locales dirigidos a las personas jóvenes y que contribuyan a la ejecución de la Política Pública de la Persona Joven y la Convención de Derechos de las Personas Jóvenes (Consejo Nacional de la Persona Joven, 2010).

Los lineamientos se agrupan en componentes conformados por distintos tipos de derechos; uno de estos componentes tiene que ver con derechos civiles y políticos, dentro de los que se encuentra el derecho a la formación de una familia que señala lo siguiente:

- Generación y fortalecimiento de programas de cuido, tanto de hijos e hijas como de personas adultas mayores, de manera que permita a las personas jóvenes, en particular, las mujeres madres para que continúen sus estudios o su opción laboral, tanto en jornada diurna como nocturna.
- Desarrollo de medidas para la conciliación de la vida laboral, familiar y el ejercicio responsable de la paternidad o maternidad, que permitan el continuo desarrollo personal, educativo, formativo y laboral de las personas jóvenes.

[6]Para efectos de la presente investigación se describirán los lineamientos de interés para el objeto de estudio de la misma.

- Promoción del derecho a la libre elección de la pareja, a la vida en común y a la constitución del matrimonio dentro de un marco de igualdad de sus miembros (Consejo Nacional de la Persona Joven, 2010: 27).

Por su parte, otro de los componentes agrupa los derechos sociales, económicos y culturales, dentro de los cuales se encuentra derecho a la educación sexual, en que se expone lo siguiente:

- Promoción de la educación de la sexualidad responsable, basada en los derechos sexuales y reproductivos, enfatizando el desarrollo personal, la afectividad, el disfrute pleno, la expresión, información, la comunicación, la equidad de género, así como en la reproducción y proyecto de vida.
- Formulación y aplicación de la educación sexual en todos los niveles educativos, de acuerdo con el nivel de desarrollo, para el fomento de una conducta responsable en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, orientada al desarrollo personal, a la aceptación de la propia identidad, el respeto por las diversidades sexuales, así como a la prevención de la violencia, el abuso sexual, las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.), el V.I.H. y sida y los embarazos no planificados.
- Desarrollo de programas interinstitucionales y acciones que permitan orientar e informar en forma asertiva y adecuada a las familias sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva a fin de que estas cumplan con el papel de principales responsables de la educación sexual de hijos e hijas (Consejo Nacional de la Persona Joven, 2010: 29).

Por último se encuentra el derecho a la salud, que forma parte de los derechos sociales, económicos y culturales, y se plantea lo siguiente:

- Adecuación de los programas de atención primaria gratuita, la educación preventiva, nutrición atención y cuido especializado de salud, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la información prevención contra el tabaquismo, alcoholismo y el uso indebido de drogas.
- Desarrollo de mecanismos que ofrezcan la confidencialidad y el respeto a las personas jóvenes en los servicios de salud.

- Adecuación, a las necesidades de las personas jóvenes los programas de salud integral (prevención de enfermedades, promoción de la salud y estilos de vida saludable) (Consejo Nacional de la Persona Joven, 2010: 30).

4.5.1.2.11. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021.

La Política Nacional de Sexualidad es una iniciativa del Ministerio de Salud de Costa Rica, impulsada hacia el 2021 cuyo propósito es *"Que el Estado costarricense garantice y respete el acceso y ejercicio al derecho a una sexualidad segura, informada, corresponsable para todas las personas que habitan este país, como parte integral del derecho humano a la salud"* (Ministerio de Salud, 2010: 20).

La política se crea a través del reconocimiento de que cada Estado tiene la responsabilidad de crear las condiciones para que las mujeres y hombres a lo largo de su ciclo de vida y según su nivel de desarrollo cuenten con el conocimiento, la autonomía y las habilidades para gozar de una buena salud sexual, de la misma forma en que se prioriza la educación integral de la sexualidad por parte del Ministerio de Educación Pública (Ministerio de Salud, 2010).

A continuación se describen algunas áreas de atención de la Política Nacional de Sexualidad[7]:

- Información, sensibilización, comunicación y divulgación para la promoción de derecho a una sexualidad segura, informada, y corresponsable, en el marco de los derecho humanos género, y diversidad basada en la evidencia científica actualizada, inclusiva diversa y que retome todas las etapas del desarrollo evolutivo.
- Fortalecimiento del ejercicio individual y social para todas las personas que habitan el territorio del derecho a una sexualidad, segura, informada y corresponsable.
- Participación activa de las y los habitantes en la defensa y vigilancia del cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

[7]Se tomarán en cuenta aquellas áreas de acción que planteen estrategias relacionadas al objeto de estudio de la presente investigación.

- Garantía de acceso a una educación de la sexualidad para todas las personas que habitan el territorio en el marco de los derechos humanos y género, basada en la evidencia científica, actualizada, laica, inclusiva, diversa y que retome todas las etapas del desarrollo evolutivo.
- Garantía de acceso a servicios de salud sexual y a la salud reproductiva con equidad, calidad, seguridad calidez y confidencialidad diversidad, universalidad solidaridad, accesibilidad e inclusión social que responda a información actualizada, laica y científica.
- Garantía de acceso a servicios de atención integral en el marco de los derechos humanos, género y diversidad con calidad, calidez y seguridad.
- Gestión y desarrollo de capacidades y competencias institucionales para la promoción y atención de una sexualidad integral (Ministerio de Salud, 2010).

4.5.1.3. Política Institucional sobre salud y atención a la adolescencia.

4.5.1.3.1. Una C.C.S.S. Renovada Hacia el 2025.

Una Caja Costarricense del Seguro Social Renovada Hacia el 2025 es una política institucional cuya misión es la de *"Propiciar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense* […]*"* (C.C.S.S., 2007: 24).

Esta política se impulsa hacia el año 2025, sin embargo se plantean líneas de acción para los años 2007-2012, entre las cuales se encuentran políticas institucionales, que se agrupan estratégicamente en tres.

El primer grupo de políticas tienen que ver con los principios y valores para fomentar el direccionamiento de la cultura organizacional y el accionar de los y las trabajadoras. Por su parte el segundo grupo[8] contiene las políticas que conllevan un impacto directo

[8]Para efectos de la presente investigación se expondrán los contenidos del segundo grupo de políticas institucionales, puesto que estos se enfocan en la atención brindada a la población usuaria de los servicios que presta la institución, por lo que responde a los objetivos que se plantean para la misma.

en los niveles de salud, protección social y calidad de vida. El último grupo de políticas es de aquellas que pretenden incrementar la capacidad institucional (C.C.S.S., 2007).

Las políticas de impacto directo en los niveles de salud, protección social y calidad de vida contienen dos políticas generales para la prestación de servicios institucionales; la primera de ellas estipula la reducción de diferencias en el acceso a los servicios de salud de la población costarricense, el aumento de la cobertura del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y la ampliación del nivel de acceso a los servicios institucionales para los diversos grupos de usuarios y zonas geográficas, así como la superación de las barreras geográficas, físicas, económicas, culturales y administrativas. Por su parte la segunda política plantea el fortalecimiento del modelo de atención integral en salud como prioridad institucional, bajo un enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, el cual debe articular, racionalizar, de coherencia y continuidad a las acciones ejecutadas en los distintos niveles de atención de la red de servicios brindados a la sociedad (C.C.S.S., 2007).

Entre las políticas específicas para este grupo se encuentran las siguientes:

- Fortalecimiento de la institución en cuanto a recurso humano, físico, tecnológico y con sistemas de trabajo más eficientes, en establecimientos de salud de primer y segundo nivel con el fin de apoyar la prevención, diagnóstico y resolución de la mayor parte de problemas de salud de la población bajo su responsabilidad.
- Transformación progresiva en el modelo de atención hospitalaria, con mayor proyección a la comunidad, altos niveles de automatización, protocolización de los procesos, con programas alternativos y/o complementarios a la hospitalización, con fuerte componente ambulatorio, atención integral y de articulación en red de servicios de salud.
- Las personas aseguradas cuentan con el derecho a la información de su historia clínica, a brindar su consentimiento informado ante los diversos tratamientos y a contar con información veraz sobre las alternativas terapéuticas, así como otros aspectos del funcionamiento de la institución y su red de servicios, acorde con la normativa institucional.
- La prestación de servicios de salud debe basarse en procesos de planificación e investigación, tomando en cuenta los principales problemas de

salud de la población, los cambios en los perfiles demográficos y los factores condicionantes de la salud, teniendo como prioridad a los grupos en desventaja social y comunidades prioritarias e indígenas, en coordinación con diferentes actores sociales.

- Las prestaciones sociales correspondientes a la institución deben fortalecer para contribuir al desarrollo humano de la población, por medio de programas que disminuyan el riesgo social del individuo, la familia y la comunidad y que complementen además los servicios de salud y pensiones.
- Fortalecimiento de la institución con servicios integrales de salud, prontitud y oportunidad y la dotación de los recursos necesarios a los establecimientos de salud, según perfil de complejidad, para la promoción de la salud, prevención y la detención de las enfermedades, incluyendo la atención oportuna a las de mayor impacto en la morbi-mortalidad.
- La promoción de la salud se debe reforzar en forma solidaria y conjunta con los usuarios, comunidad, gobiernos locales, otras instituciones y la sociedad en general (C.C.S.S., 2007).

4.5.1.3.2. Plan Nacional de Salud 2010-2021.

El Ministerio de Salud plantea un Plan Nacional de Salud, siento este el principal instrumento para alcanzar la articulación de la rectoría del Sector Salud, buscando de esta forma responder a las necesidades de la población del país, especialmente de los grupos más vulnerables y excluidos en materia de salud (Ministerio de Salud, 2010).

El propósito que persigue este Plan Nacional de Salud es el de *"Proteger y mejorar, con equidad el proceso de salud de la población, mediante la participación articulada de los actores sociales y la gestión de la planificación, a fin de promover una mejor calidad de vida"* (Ministerio de Salud, 2010: 37).

Entre los objetivos generales que se plantea el Plan Nacional de Salud se encuentran los siguientes:

- Garantizar el acceso a servicios de salud de atención integral a las personas y la protección y mejoramiento del hábitat humano con equidad, calidad,

seguridad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social para la promoción, protección y mejoramiento del proceso de salud de la población.

- Promover la reducción de brechas de inequidad social mediante acciones económicas y sociales articuladas de manera que faciliten el mejoramiento de la salud y una mejor calidad de vida.
- Propiciar el acceso con equidad a la infraestructura física segura y con diseño universal necesaria para incidir sobre las determinantes de la salud y la calidad de vida de la población.
- Fortalecer la producción y el acceso con calidad y equidad al conocimiento científico y al desarrollo tecnológico para mejorar la gestión sobre los determinantes que inciden en la salud y el bienestar de la población.
- Fortalecer la coordinación y la articulación entre instituciones, sectores y sociedad civil para una gestión integrada e integral de las diferentes acciones institucionales que contribuya a proteger y mejorar el estado de salud de la población. (Ministerio de Salud, 2010: 37-38).

Por su parte, entre las estrategias globales que estipula el Plan Nacional de Salud se encuentran las siguientes:

- Participación social: Facilitar el proceso social en que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en una superior a la presente
- Articulación de actores sociales: Fortalecer la coordinación de las acciones, el establecimiento de medios de enlace y la búsqueda de recursos compartidos entre los diferentes actores clave para el logro de objetivos comunes. Los medios de enlace se establecen mediante la conformación de equipos de trabajo, la normalización de procesos o resultados, la construcción compartida de conocimientos y resultados y la creación de patrones de comportamiento comunes. Entre los mecanismos para articular a los actores sociales se encuentran el desarrollo de redes y las alianzas estratégicas.

- Promoción de la salud: Fortalecer el proceso político y social global que abarca, no solamente las acciones orientadas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir las condiciones y requisitos para la salud que son: paz, vivienda, educación, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.
- Reorientación de los servicios de salud: Reorientar los modelos de provisión nacional de servicios de salud de atención directa a las personas y al hábitat humano, mediante el rediseño de estrategias, productos y servicios, procesos y estructuras de las organizaciones responsables de brindar estos servicios.
- Enfoque en ámbitos de intervención prioritaria: Impulsar la toma de decisiones y la implementación de acciones que protejan y mejoren la salud y el bienestar de la población (Ministerio de Salud, 2010: 38-39).

4.5.1.3.4. Plan Estratégico Nacional de Salud de la Persona Adolescente.

Para el periodo 2010-2018 se establece el Plan Estratégico Nacional de Salud de la Persona Adolescente por parte del Ministerio de Salud, en conjunto con la C.C.S.S. y la OPS. Entre la política pública para la atención de la persona joven que plantea este Plan Estratégico se encuentra el aumento de una educación integral para una sexualidad sana y segura , así como la promoción de una salud integral como una de sus prioridades (P.E.N.S.P.A., 2011).

La finalidad de este Plan Estratégico es que "*Las y los adolescentes reciben de forma oportuna y e?caz, acciones de promoción, prevención y atención de salud por medio de sistemas de salud integrados y respuestas interinstitucionales e intersectoriales articuladas y enfocados en resultados efectivos*" (P.E.N.S.P.A., 2011: 49).

Las áreas estratégicas que el Plan Estratégico estipula para su cumplimiento son las siguientes:

a) Información estratégica

b) Entornos favorables para la salud y el desarrollo de las y los adolescentes

c) Sistemas y servicios de salud integrados e integrales

d) Aumento de la capacidad de los recursos humanos

e) Comunicación social y participación social

Por otra parte, entre las estrategias de acción de este Plan Estratégico se numeran las siguientes:

? La promoción de “mater-paternidad” responsable en la adolescencia.

? Prevención de las I.T.S./V.I.H./S.I.D.A.

? Promoción, educación e información, dirigidas al trato con equidad y no discriminatorio de las personas jóvenes que viven con el V.I.H./S.I.D.A.

? Reducir ir el embarazo antes de los 15 años, a través de la educación, el desarrollo de la capacidad de prevención y la utilización de métodos de protección,

? Visibilización de las condiciones de maltrato / abuso y explotación sexual que enfrentan las personas jóvenes

? Fomento de grupos de apoyo y de educación entre pares, para temas de promoción como la salud, sexualidad, participación, liderazgo, opciones laborales y productivas, comunicación, atención de problemas emocionales, familiares, deserción y expulsión del sistema educativo, discriminación, baja autoestima, entre otros

? Promoción de una política de educación sexual (P.E.N.S.P.A., 2011).

4.5.1.3.5. Plan Estratégico de Atención de las Adolescentes.

El Plan Estratégico de Atención a las Adolescentes fue creado en el año 2011 por la Comisión de Atención Integral al Adolescente del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva (H.O.M.A.C.E.). Esta comisión es integrada por diferentes profesionales de diversas disciplinas, tales como Trabajo Social y el medicina, que se en cargan de trabajar con adolescentes embarazadas y madres en el mismo hospital.

El plan se crea con el fin de brindar atención a las adolescentes en tres niveles:

- Primario (atención prenatal diferenciada)
- Secundario (atención al parto)
- Terciario (atención post parto)

De acuerdo al plan, las y los profesionales en Trabajo Social del Hospital deben cumplir las siguientes funciones en la Comisión de atención Integral al Adolescente:

- Monitoreo y desarrollo de proyectos
- Detecta y brinda atención oportuna de situaciones sociales
- Desarrolla temas educativos del área social
- Motiva y brinda inducción a los programas para adolescentes que brinda el Hospital
- Enlaza con el equipo coordinador de Atención Integral al Adolescente
- Brinda atención social, realiza plan de tratamiento, ya sea alta o seguimiento social.

4.5.1.3.6. Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres.

La Comisión Técnica Interinstitucional de del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de las Mujeres, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, crean en el 2001 una propuesta para la construcción de un Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres, con un enfoque de género y de derechos, cuya misión es:

> *"*[…] *garantiza a las mujeres la atención integral de la salud, con perspectiva de género, de alta calidad en la atención, con participación social, capacitación, empoderamiento, acceso a la toma de decisiones y otros procesos favorecedores de la salud y faculta a los (as) actores (as) sociales como agentes para garantizar su réplica en diferentes instancias"* (Comisión Técnica Interinstitucional H.O.M.A.C.E., 2001: 65).

El modelo cuenta con dos objetivos generales; el primero de ellos consiste en:

> *"Construir un modelo de atención integral de la salud de las mujeres en Costa Rica, a través de un proceso colectivo de planificación estratégica, que enriquezca el modelo de atención vigente"* (Comisión Técnica Interinstitucional H.O.M.A.C.E., 2001: 67).

Este objetivo contiene cinco objetivos específicos que tratan de:

- *"Fortalecer las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de las salud de las mujeres, mediante un enfoque integral de la salud con perspectiva de género"*
- *"Orientar los procesos de investigación y docencia, en el marco del nuevo modelo"*
- *"Llevar a cabo una experiencia demostrativa del modelo en el Hospital de las Mujeres, que sea aplicable en otros ámbitos y sirva de información e insumo, para la generación de políticas públicas en salud de las mujeres"*
- "*Transformar la organización del trabajo hacia estructuras planas y hacia la gestión por productos y procesos dirigidos a las mujeres, las familias y las comunidades"*
- "*Crear un sistema de monitoreo y evaluación de la ejecución del modelo*" (Comisión Técnica Interinstitucional H.O.M.A.C.E., 2001: 67).

Por su parte, el segundo objetivo pretende:

> "*Proyectar la perspectiva de género en todas las funciones regulares de la institución, para que se orientes hacia la igualdad y equidad entre hombres y mujeres*" (Comisión Técnica Interinstitucional H.O.M.A.C.E., 2001: 68).

De la misma manera, este objetivo cuenta con seis objetivos específicos:

- *"Facultar a las mujeres para que sean protagonistas del desarrollo de su propia salud"*
- *"Permear con enfoque de género la cultura de las organizaciones, la planificación institucional y la asignación y ejecución presupuestaria"*
- *"Fomentar los espacios de participación social, para que los diferentes actores tengan acceso real a los procesos de toma de decisiones respecto de la salud"*

- *"Contribuir en la formación, ejecución y evaluación de políticas públicas sobre género y salud"*
- *"Promover una cultura institucional de cumplimiento de los derechos en salud de las mujeres"*
- "*Garantizar servicios de salud con calidad que incorpore las necesidades de las mujeres desde ellas".* (Comisión Técnica Interinstitucional H.O.M.A.C.E., 2001: 68).
- Entre los lineamientos que plantea la política se encuentran los siguientes:
- *"Establecer y desarrollar políticas institucionales con enfoque de género, para crear las condiciones administrativas, de organización, funcionales, de planificación, información y presupuestarias, para la puesta en marcha del modelo de atención integral de la salud de las mujeres"*
- *"Fomentar la cultura de la organización basada en los principios de igualdad y equidad entre hombre y mujeres"*
- *"Crear mecanismos institucionales para garantizar el desarrollo óptimo del curso humano a fin de ejecutar el modelo"*
- *"Establecer mecanismos institucionales de participación real de las mujeres y de las organizaciones sociales, en los procesos de toma de decisiones y en la formulación, ejecución y evaluación de políticas, programas y proyectos en salud de las mujeres"*
- "*Impulsar procesos educativos y de promoción de los derechos en salud de las mujeres, en los ámbitos individual, familiar y comunitario"*
- *"Fortalecer las capacidades de las mujeres para que éstas sean protagonistas en la construcción de su propia salud"*
- *"Fortalecer la interrelación y retroalimentación entre los tres niveles de atención del sistema de salud, a fin de desarrollar el trabajo en red con las instituciones locales y organizaciones sociales"* (Comisión Técnica Interinstitucional H.O.M.A.C.E., 2001: 68-69).

Capítulo V

Procesos de Atención a las Adolescentes Embarazadas desde los Centros de Salud.

A continuación se describirán los procesos de trabajo en los que se vinculan los y las trabajadoras sociales en la atención de la población adolescente embarazada, retomando las experiencias de los servicios de trabajo social de los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

Con el objetivo de presentar de manera reflexiva los resultados obtenidos a partir del trabajo de campo realizado en los distintos centros de salud, se expondrán las convergencias y divergencias identificadas en la atención a esta población en relación a la política social detallado en el capítulo anterior, a partir de las siguientes categorías: Contexto Institucional, Procesos de Trabajo en los que participa Trabajo Social, Población Atendida, Análisis de Procesos de Trabajo, Fundamento Jurídico.

5.1. Contexto Institucional.

Para comprender la totalidad de los procesos de trabajo desarrollados en los que se insertan los y las profesionales en Trabajo Social en cuanto a la atención de las adolescentes embarazadas desde los diferentes centros de salud estudiados, corresponde exponer lo que involucra el contexto institucional en el que se desarrollan los mismos.

Es necesario describir las diferentes formas de atención institucional de las cuales se desprende la intervención que se realiza en la actualidad a esta población en el ámbito de la salud en Costa Rica.

La atención en salud a la población adolescente se da en el país desde 1914, cuando se crea el Departamento Sanitario Escolar, perteneciente a la Secretaría de Salubridad (actual Ministerio de Salud). Este Departamento realizaba actividades como comedores escolares, colonias veraniegas, desparasitación, entre otras. Del mismo se desprende el Departamento de Salud Materno Infantil y posteriormente el Departamento de Salud del Niño y el Adolescente (Díaz y otros, 2005).

Para 1976, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Costa Rica, se llevó a cabo el Seminario Salud y Juventud, en el que se hicieron presentes funcionarios de diversas instituciones; éste se constituyó en un primer foro, del cual salieron recomendaciones en torno a la atención y prevención de

los problemas de salud de los y las adolescentes, con un enfoque multidisciplinario e intersectorial.

> "*En este momento se destacó todo lo relacionado con la problemática del embarazo en la adolescencia, y en general los problemas de salud sexual y reproductiva de este grupo etario* […]" (Días y otros, 2005: 58)

De la misma forma, en la década de los años 70 se crea el Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil en el Hospital Calderón Guardia, el cual dirige la atención a niños, niñas y adolescentes.

También se da la creación del Servicio de Medicina Escolar y del Adolescente en el Hospital Nacional de Niños, el cual forma parte del Departamento de Pediatría Social, que se desarrolló desde 1978 a 1983, siendo así el precedente de la Clínica del Adolescente en el citado Hospital.

Para 1979 la Asociación Demográfica Costarricense, preocupada por el aumento de embarazos en adolescentes, se conformó el Centro Limonense de Información, el cual ofrecía servicios de educación sexual y anticoncepción para jóvenes de ambos sexos.

Según Díaz y otros (2005) en 1981 los y las Trabajadoras Sociales del Hospital San Rafael de Alajuela, ante a la alta demanda de adolescentes con inquietudes sobre sexualidad, problemática familiar, social, psicológica y médica, reconocieron que la atención a los y las adolescentes no podía ser brindada por una sola disciplina, por lo tanto se creó el primer Programa de Atención Integral a la Adolescencia, en Alajuela.

Este programa funcionó en sus inicios en los colegios de secundaria de dicha provincia, mediante un convenio de la C.C.S.S. y el Ministerio de Educación Pública, en el que la primera, aportaba el recurso humano y el segundo, la planta física en el interior de los colegios.

> "*Esta iniciativa, si bien fue muy valiosa por su enfoque de trabajo en equipo interdisciplinario e interinstitucional, olvidó el alto porcentaje de adolescentes de ambos sexos, que desertaban tempranamente del sistema educativo, y que a pesar de estar en alto riesgo de sufrir distintas problemáticas no fueron entonces cubiertos por este esfuerzo*" (Díaz y otros, 2005: 59).

En 1984 la Presidencia Ejecutiva de la C.C.S.S., en un esfuerzo pionero de las autoridades institucionales, propone la búsqueda de un modelo de atención que garantice la salud de los y las adolescentes.

Se convocan así a profesionales de distintas disciplinas, especializadas en adolescentes y pertenecientes a diversos ámbitos, tales como el Instituto de Investigación en Nutrición y Salud (I.N.C.I.E.N.S.A), el Ministerio de Educación Pública, la Caja, y la Universidad de Costa Rica, para constituir la Comisión Asesora de Salud del Adolescente, adscrita a la Gerencia Médica de la C.C.S.S.

La Comisión tenía las funciones de asesorar en el área de salud a los y las adolescentes y de elaborar una propuesta de salud para éstos. En 1985 se organiza un taller, donde por primera vez se contó con un espacio específico para analizar las diferentes experiencias individuales y grupales, tanto de investigación como de programas de atención para adolescentes, que se realizaban en el país.

En 1986 se presentó a las autoridades de la C.C.S.S. un primer documento que contiene el diagnóstico de la situación del y la adolescente en Costa Rica, en un marco de análisis orientado a la prevención, donde se caracteriza la situación demográfica de la pre-adolescencia y adolescencia y su problemática, desde los enfoques médicos, psicológicos y sociales.

Del mismo modo se hace una primera propuesta de estructuración de un programa nacional para abordar la salud integral del grupo etario de 7 a 19 años.

Por otra parte, en 1985 la División de Población de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Tecnología (U.N.E.S.C.O por sus siglas en inglés) para América Latina, junto con el Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud, llevaron a cabo un seminario denominado “Taller de Estrategias para prevención del Embarazo en Adolescentes”. De estas experiencias surge un documento base sobre sexualidad, el embarazo y la reproducción en la adolescencia.

En el mismo año el Ministerio de Salud reestructura el Departamento Materno Infantil y se constituye el Departamento de Salud del Niño y de él o la Adolescente.

Ya para 1987 el Presidente Ejecutivo de la C.C.S.S., nombra la segunda comisión denominada “Medicina del Adolescente”. Ésta tuvo como propósito *“definir la política institucional en esa área, profundizar en los programas operativos existentes y poner*

en marcha otros que fuera necesario establecer" (Oficio N°1165, 13 de abril de 1987, Presidencia Ejecutiva, citado por Díaz y otros, 2005: 61).

Con ello, en 1988 realizó un taller de autodiagnóstico del adolescente con la producción de un documento denominado "Primer Taller de Autodiagnóstico de la Problemática Adolescente", remitido a la Organización Mundial de la Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Este taller "[…] *se constituyó en la primera ocasión en que se hizo una consulta a la población adolescente de ambos sexos, dándoseles un papel protagónico en la definición de sus necesidades*" (Díaz y otros, 2005: 61).

En este mismo año, se consideró la necesidad de impulsar el desarrollo de un nuevo programa institucional dirigido a los y las adolescentes, por lo que se buscaba obtener apoyo técnico y financiero, de forma que las autoridades de la C.C.S.S. sometieron a consideración del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el proyecto denominado: "Atención Integral del Adolescente con énfasis en Sexualidad y Reproducción".

Por su parte, en 1987 se inició un proceso de normatización, por medio de la producción de un Manual de Normas Técnico Administrativas, el Primer Manual de Funciones y las Primeras Normas de Atención de Morbilidad Prevalentes de los y las adolescentes que tuvieron su función entonces. También se elaboraron instrumentos básicos para la atención de los y las adolescentes, tales como una historia clínica y un instrumento discriminador de riesgo psicosocial o bien de Tamizaje.

En el mismo año se incluyó en el Plan Quinquenal de la C.C.S.S. (87-91), políticas de atención a la adolescencia para ser asumidas en el área Materno Infantil de la Institución.

También se dio la creación del Departamento de Medicina Preventiva formado por la Sección Materna, la Sección del Niño y del Adolescente y la Sección de Educación para la Salud de la C.C.S.S.

Siguiendo a Díaz y otros (2005), se expone que para 1988 se da la creación de la Dirección del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, en el Departamento de Medicina Preventiva de la C.C.S.S., separándolo así de la Sección del Niño.

De igual manera el Ministerio de Salud, forma en el mismo año la Comisión Intraministerial de Atención del Adolescente, y solicita a su vez que se aumentase su

participación en la Comisión de Medicina del Adolescente, lo cual formalizó la participación de dicha Institución en esta Comisión.

> "*Esta comisión fue creada por decreto ejecutivo del Presidente de la República Dr. Oscar Arias y jugó un papel muy importante durante varias administraciones en la formalización del trabajo intersectorial. Dicho decreto fue derogado al inicio de la administración Rodríguez Echeverría, al sustituirse por el Consejo de la Infancia y la Adolescencia el cual fue creado por ley de la República*" (Díaz y otros, 2005: 63).

El Programa de Atención Integral al Adolescente, fue el ente encargado de dictar los lineamientos de la política social dirigida a esta población, cuyo fin era atender las necesidades particulares de los y las adolescentes y dar respuesta desde lo clínico, asistencial, preventivo y la promoción del desarrollo humano y la salud.

Según Sequeira (2011), alrededor del año 2005 el Programa de Atención Integral a Adolescentes, descontinúa sus aportes en materia de atención a la población adolescente embarazada, generando vacíos desde la gestión de la política de atención institucional, hasta en los procesos de trabajo de los y las profesionales, desatendiendo la demanda tanto de otras instituciones como de la población usuaria, que venía siendo asumida por el Programa.

Por ende, es importante recalcar que la presente investigación se desarrolla en una coyuntura histórica en la que existen pocas directrices institucionales, y una política fragmentada de atención a la población adolescente embarazada, trabajo aislado en áreas de salud, clínicas, hospitales, y esfuerzos individuales de funcionarios y funcionarias sensibilizados con la temática.

Sumado a lo anterior, se percibe una cultura institucional que condiciona el desarrollo de estas iniciativas. López (2012), Naranjo (2012), Zeledón (2012) y Obando (2012) afirman que en los cuatro centros de salud investigados: los hospitales, México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, la atención a las adolescentes embarazadas está permeada por el adultocentrismo.

Explican que el modelo de atención en salud del tercer y segundo nivel no contempla las particularidades y necesidades de la población adolescente. Lo anterior se ve

reflejado en la distribución de recursos humanos, materiales y financieros, así como la relevancia que poseen los proyectos y programas destinados a la atención de esta población a lo interno de los hospitales.

5.1. Trabajo Profesional.

En este apartado se describen los procesos de trabajo de Trabajo Social dirigidos a la atención de las adolescentes embarazadas, de cada uno de los centros de salud investigados. Estos refieren según Iamamoto (2003), a los procesos de producción de servicios, en los que se involucran medios e instrumentos para la ejecución de tareas profesionales, que en este caso corresponden a la operacionalizacion de políticas sociales.

Se detalla cada una de las acciones profesionales llevadas a cabo, sus medios e instrumentos, con el fin de dar a conocer la manera en que las profesionales atienden a esta población.

5.1.2. Hospital México.

Desde 1987, el Servicio de Trabajo Social del Hospital México inicia los procesos de intervención social con la población adolescente, a través de la participación en el equipo interdisciplinario de la Clínica de Atención Integral a la Adolescente, la cual en ese momento planteó como objetivo fundamental "*Construir un programa para la atención terciaria de la población femenina adolescente entre los 11 y 18 años once meses, referida a los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital México*" (C.C.S.S. 2009).

Con la aprobación de Código de la Niñez y la Adolescencia en 1998 y la ratificación de convenios internacionales en materia de niñez y adolescencia, el Estado asumió desafíos respecto a la promoción y defensa de los derechos de esta población, lo cual se vio reflejado en las directrices políticas y consecuentemente en la operacionalización de las mismas desde la institucionalidad costarricense.

Con el pasar de los años y con los cambios en los modelos de atención hacia una salud integral, dentro de la institución se hizo necesaria una intervención cada vez más especializada para esta población; el grupo poblacional se extendió a otros servicios

del centro hospitalario de acuerdo a sus necesidades y demandas, por lo que, de la modalidad de Clínica del Adolescente, las usuarias pasaron a ser atendidas en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias (Naranjo, 2012).

Actualmente, el Servicio de Trabajo Social dispone de dos profesionales encargadas de dar atención a la población adolescente en general, una de ellas en Consulta Externa y la otra en el Servicio de Hospitalización. Cuenta con dos proyectos dirigidos a este grupo etario, un protocolo oficial de atención social de adolescentes y un instrumento de tamizaje a la población de adolescentes madres o embarazadas.

El "Protocolo de Atención Social a la Población Adolescente" fue elaborado en el año 2007 por el Servicio de Trabajo Social del Hospital México con el fin de responder a la necesidad de contar con un documento oficial que permitiera orientar el abordaje integral de la población adolescente atendida en los Servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias.

El "Proyecto de Atención Social Individualizada a Personas Menores de Edad" fue formulado en el año 2009, y se ejecuta en el Servicio de Consulta Externa con el objetivo de "*Ofrecer Valoración, intervención y tratamiento social eficiente y oportuno a las personas menores de edad usuarias de los servicios del Hospital México, con necesidades sociales, para contribuir a mejorar su calidad de vida*" (C.C.S.S. 2009).

En la Consulta Externa se valora la situación social de las personas menores de edad atendidas, con el fin de identificar factores de riesgo, se trabaja para formular una impresión diagnostica y definir estrategias de intervención. El fin es proporcionar procesos de intervención, tratamiento y seguimiento social acorde con las necesidades de los y las adolescentes.

Aunque dentro de la Consulta Externa se atiende a la población adolescente en general, la trabajadora social encargada brinda atención exclusiva a adolescentes embarazadas dos días a la semana; estas jóvenes son referidas de los servicios de Enfermería y Ginecología.

Bajo un enfoque genero-sensitivo, de Derechos Humanos, de atención integral de la salud y de participación social se atiende a las adolescentes embarazadas.

La profesional en Trabajo Social lleva a cabo los siguientes procesos de trabajo[9]:

[9] Ver Anexo N°5

Pre-intervención: siguiendo acciones de coordinación entre los diferentes servicios del Hospital México, el médico tratante o el profesional de la salud encargado de la atención de la adolescente embarazada realiza la interconsulta al Servicio de Trabajo Social, el cual programa una consulta social para dar inicio a la valoración social (Naranjo, 2012).

Valoración y diagnóstico social: se realiza la valoración social de la adolescente y sus redes de apoyo familiar; a través de una primera entrevista a profundidad la profesional intenta determinar los factores de riesgo y los factores protectores que inciden en su condición de embarazo (Naranjo, 2012).

Tratamiento Social: a partir de la valoración social se definen las estrategias de intervención con las adolescentes, se toman en consideración las particularidades propias de cada caso para elaborar un plan de acción que contempla recursos personales, recursos familiares, recursos económicos, redes sociales e institucionales. Dichas acciones profesionales comprenden entrevistas, sesiones terapéuticas individuales y familiares, elaboración de informes sociales, coordinación interinstitucional (P.A.N.I., I.M.A.S., M.E.P.), visitas domiciliares, sesiones socio-educativas, intervención en crisis, referencias a los Servicios de Psiquiatría o Psicología si el caso así lo requiere, notas al expediente (Naranjo, 2012).

Las acciones profesionales de Trabajo Social, abordan a la adolescente desde una perspectiva integral, se pretende hacer lectura de su situación social y a su vez construir en conjunto con la usuaria, elementos que se constituyan en factores protectores para hacer frente a su condición de embarazo de una manera saludable para ella y para su hijo o hija, proporcionando información sobre métodos anticonceptivos y prevención de un segundo embarazo, construcción de relaciones afectivas sanas, fortalecimiento del autoestima, elaboración o re-elaboración de proyectos de vida e información sobre opciones educativas que se adapten a su nueva etapa de vida (Naranjo, 2012).

Seguimiento Social: una vez finalizado el proceso de Tratamiento Social, la profesional valora la necesidad de dar seguimiento al caso, generalmente se da cuando la adolescente presenta factores de riesgo que ponen en peligro su vida o la de su hijo o hija, tales como alcoholismo, drogadicción, violencia intrafamiliar, pobreza extrema, enfermedades crónicas, o conductas de autoeliminación (Naranjo, 2012).

El “Proyecto de Hospitalización” fue elaborado en el año 2008 y se ejecuta en el Servicio de Hospitalización de Ginecología y Gineco-obstretricia del Hospital, con el objetivo de brindar la valoración de egreso correspondiente según las directrices de la C.C.S.S. y del P.A.N.I. a las adolescentes que son ingresadas para labor de parto o a las usuarias post-parto (Jiménez, 2012).

La profesional en Trabajo Social encargada, se dedica exclusivamente a dar atención a las adolescentes embarazadas que son internadas en el Hospital México para dar a luz, con el fin de “[…] *identificar factores de riesgo y proporcionar una atención directa y oportuna a las menores de edad y a su hijo o hija que permita evitar, reducir o tratar el problema social a nivel individual, de pareja o de familia*” (C.C.S.S. 2007).

Dentro del proyecto se llevan a cabo los siguientes procesos de trabajo:

La Trabajadora Social a cargo recibe interconsultas de los Servicios de Maternidad y Ginecología, las cuales procede a valorar mediante una visita a la cama de la usuaria. Durante esa visita se hace una entrevista con el fin de indagar a grandes rasgos la red de apoyo familiar, lugar donde realizó su control prenatal y si tuvo atención en el Servicio de Consulta Externa de Trabajo Social.

La profesional trabaja en coordinación directa con la trabajadora social encargada del Servicio de Consulta Externa, con el fin de dar seguimiento durante el parto a los casos registrados en esa área; se hace un repaso de la información proporcionada en intervenciones anteriores y se valora la situación actual de la usuaria, con el fin de indagar si ocurrieron cambios desde el control prenatal hasta la hora de su ingreso a Hospitalización.

Esa visita a la cama incluye la aplicación del instrumento de tamizaje, el cual se entrega a la usuaria y se le pide que llene de manera personal; una lleno el instrumento, la Trabajadora Social procede a verificar si la adolescente es acompañada por una persona mayor de edad encargada, quien va a ser responsable de firmar el egreso de la adolescente y de su hijo o hija, y su relación con el padre de su hijo o hija, para determinar posible abuso sexual o situaciones de riesgo.

Posterior a esta entrevista se revisa el instrumento de tamizaje[10], y según la información proporcionada la profesional diseña su estrategia de intervención correspondiente a las particularidades de cada adolescente.

En caso de que la adolescente sea menor de 15 años y el padre del niño o niña sea mayor de 18 años se reporta a las autoridades correspondientes (P.A.N.I., Fiscalía de Delitos Sexuales) a través de un informe protocolario, y se cita a la menor junto con la persona encargada de la misma para recibir atención social de seguimiento, en la cual se profundiza sobre los factores que llevaron al embarazo, se abordan posibles problemáticas de violencia intra-familiar, abuso sexual, pobreza, deserción escolar, se valora la situación familiar y de pareja, se trabaja en la construcción de proyecto de vida, se brinda información sobre opciones educativas y se instruye en el uso de métodos de planificación con el fin de prevenir un segundo embarazo en la adolescencia. Estas acciones profesionales se llevan a cabo mediante procesos de trabajo como atención individual o familiar, sesiones terapéuticas, sesiones socio-educativas, visitas domiciliares, coordinación y referencia a otras instituciones.

Si la usuaria es mayor de 15 años se indagan los aspectos antes mencionados y a través de los mismos procesos de trabajo, sin reportar a las autoridades correspondientes con excepción de casos identificados de abuso sexual o violencia doméstica. Se citan a sesiones posteriores si los casos así lo requieren.

Una vez la valoración se ha completado, la Trabajadora Social toma la decisión de autorizar, o no, el egreso de la menor y su hijo o hija.

El “Instrumento de Tamizaje a la Población Adolescente” fue elaborado en el año 2006 y se utiliza para hacer la valoración de factores de riesgo y factores protectores de las adolescentes embarazadas y o madres que ingresan al Servicio de Hospitalización; éste se compone de los siguientes elementos[11]:

- Datos personales de la usuaria: nombre, edad, números de cedula y teléfonos, lugar de residencia, personas con las que vive.

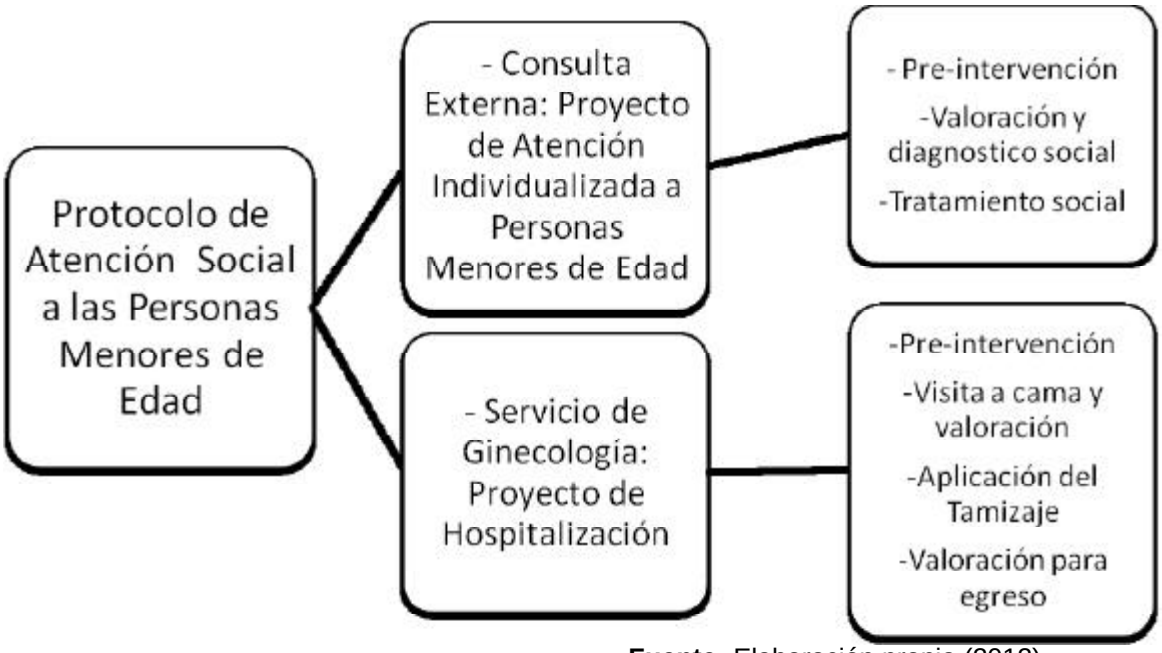
[10] Ver Anexo N°6

[11] La Trabajadora Social encargada del proceso de aplicación del tamizaje, no otorgo autorización para el acceso al documento, sin embargo, a través de la observación se logró detallar el contenido del mismo.

- Nivel educativo: escolaridad.
- Condiciones de la vivienda: lugar de procedencia y condiciones materiales de la casa.
- Características familiares: nombre, parentesco, edad y ocupación de las personas con las que convive.
- Antecedentes familiares: si hay historial de violencia intrafamiliar, alcoholismo, drogadicción, enfermedades crónicas.
- Antecedentes de la usuaria: si tiene historial de VIF, alcoholismo, drogadicción, abuso sexual o físico.
- Historia sexual: número de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual.
- Datos personales del padre del hijo o hija.
- Historia del embarazo y post-parto.
- Proyecto de vida.

Esquema 1

Profesos de Trabajo Profesional Hospital México



Fuente: Elaboración propia (2012).

5.1.3. Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Enmarcado en el proceso de modernización del sector Salud en Costa Rica, el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia inicia la atención diferenciada de adolescentes embarazadas en el año 1997, esto ante la necesidad de implementar estrategias novedosas que lograran satisfacer las necesidades de los diferentes grupos poblacionales, con la intención de lograr y propiciar, un desarrollo integral de los y las usuarios.

Es en este sentido, que surge hace más de 15 años en el H.C.G., una atención especializada para adolescentes con un grupo interdisciplinario de profesionales en Medicina, Enfermería, Nutrición, Trabajo Social y Psicología, interesados en esta área, que brindan atención diferencial para adolescentes embarazadas en el Servicio de Consulta Externa de Obstetricia; y desde 1992 se imparte el curso educativo de preparación integral para el embarazo, parto y puerperio dirigido exclusivamente a adolescentes.

Según Torres (2012), en el centro de salud surge la necesidad de contar con atención especializada de tercer nivel en lo referente al área de Ginecología ya que, este es un centro de referencia nacional que atiende gran cantidad de adolescentes con patologías relacionadas al área. Así mismo, añade la necesidad de generar desde el hospital líneas de investigación que ayuden a comprender mejor las dinámicas de comportamiento poblacional y clínico individual de los y las adolescentes de los sectores correspondientes a su área de atracción y que esto sirva de guía en clínicas y en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, para el trabajo con adolescentes.

Es dentro de esta visión, que a partir de febrero del año 2005, inicia el programa de la Unidad de Ginecología dirigida a adolescentes, "[…] *con la finalidad de cumplir con el compromiso de gestión del hospital que así lo requería y con el fin de brindar una atención diferenciada, bajo un enfoque integral y con una perspectiva de género a la población adolescente*" (Torres, 2012).

A partir de esta iniciativa se han ido adquiriendo diferentes recursos humanos y materiales para la atención de esta población. En julio del 2009 se logra obtener un

local exclusivo para la atención de adolescentes, y en agosto del mismo año se inicia la atención prenatal con una Médica Perinatóloga y una Enfermera Obstetra, buscando fortalecer así la atención especializada a las adolescentes durante el embarazo. Además se cuenta con consultas abiertas en Ginecología y Obstetricia.

Para los años 2010 y 2011, añade Torres (2012), el servicio cuenta con recursos más especializados en la atención profesional, prueba de ello es la vinculación de dos profesionales en medicina: una Ginecóloga y una Perinatóloga, una Enfermera Obstetra, una Trabajadora Social, dos Nutricionistas, un Asistente de Pacientes y una Secretaria. También se integra al equipo, en el 2011, una Psicóloga Clínica y una Auxiliar de Enfermería. Es a partir de este momento en que se han desarrollado nuevas estrategias de atención, las cuales han favorecido el acercamiento a esta población y han generado una identificación pronta de factores de riesgo y necesidades en salud, así como la satisfacción de las demandas de las usuarias a este servicio y el mejoramiento continuo de la atención que se brinda.

Es importante mencionar, que en la Clínica del Adolescente del H.R.C.G no solo se atiende a jóvenes embarazadas, sino también a aquellas mujeres menores a 19 años, que presenten algún tipo de anormalidad genital, o que deseen llevar control ginecológico en esta sección. Para efectos de la investigación, nos basaremos en la atención que reciben las adolescentes embarazadas.

Procesos de trabajo dentro de la Clínica.

El papel de los y las profesionales dentro de la clínica gira entorno a la atención de las adolescentes tomando en cuenta sus necesidades, características y condiciones particulares, es por ello que el abordaje con las adolescentes se realiza de una forma integral e interdisciplinaria, con la intención de cubrir todos los requerimientos de las jóvenes en la etapa que atraviesan.

Por ello, la atención en la Clínica Adolescente en el caso del Hospital Calderón Guardia, se realiza en diferentes procesos. El primero de ellos es el abordaje de la adolescente a su llegada a la Clínica, en la cual es atendida por parte de la Enfermera Obstetra y la Perinatóloga, que son quienes hacen la primera valoración de la paciente. La enfermera procede a valorar la salud de la madre, así como a la ejecución de una pequeña entrevista para determinar factores de riesgo en la joven. Por su parte, la

Perinatóloga, se encarga de la valoración del feto, el estado del embarazo y el tiempo de gestación.

En este primer acercamiento se explica la finalidad de la clínica y se imparten recomendaciones generales sobre nutrición, cuidados del embarazo, alimentación, entre otras, antes de iniciar por completo el proceso de atención.

Posterior a esta primera intervención, las adolescentes son referidas a Trabajo Social, Nutrición y Psicología para una valoración de las condiciones familiares, económicas, sociales y nutricionales en las que se encuentra la futura madre y su hijo o hija. Todas estas intervenciones son realizadas en diferentes momentos del proceso gestacional y se sigue trabajando con el equipo completo para valorar el avance del embarazo mientras dure el mismo.

Además de la atención por el embarazo, los y la profesionales de la Clínica para Adolescentes del H.R.C.G, deben estar en constante coordinación con las diferentes instituciones a las que asisten las jóvenes, tales como: el P.A.N.I., los colegios, escuelas e institutos, a los que asisten las adolescentes, con la finalidad de defender sus derechos e intervenir en casos en que estos sean violentados y donde no se atiendan a sus necesidades particulares.

Continuando con la atención profesional que se realiza en la Clínica, debe señalarse que ésta contempla también, iniciativas como la elaboración de sesiones y proyectos con las jóvenes embarazadas durante su vinculación con la clínica y en temas de interés para la adolescente en el transcurso de los nueve meses de embarazo.

Ejemplos de las estrategias que se desarrollan en la Clínica se encuentran, son el curso de preparación para el parto, el cual tiene una duración de 2 meses, y en el que se abordan temas de interés para las futuras madres y sus parejas. Algunos de los temas son: Nutrición en el embarazo, maternidad y paternidad, lactancia materna, cuidados post parto y del recién nacido, entre otros. Es impartido y dirigido por la enfermera obstetra quién planea las actividades y realiza las coordinaciones para la participación de otros profesionales, quienes se encargan de los temas específicos dependiendo de su área.

Además del curso de preparación, se imparten “Talleres de Artesanas” o cosmetológicos para las jóvenes, en los que aprenden sobre diferentes técnicas de trabajo. La intención de estos talleres, como lo señala Torres (2012), es brindarles la

posibilidad a las jóvenes de aprender diferentes oficios, con la finalidad de que estos se configuren en opciones de trabajo y de ingresos para las adolescentes participantes.

Procesos de trabajo en los que se vincula Trabajo Social.

Dentro de la Clínica Adolescente del Hospital Dr, Rafael Ángel Calderón Guardia, existe una profesional en Trabajo Social, que atiende a las adolescentes dos veces por semana. Sus intervenciones como explica Zeledón (2012), son centradas en la familia, intenta determinar las condiciones socio-familiares en las que se encuentran las adolescentes que asisten al servicio. Existen tres tipos de intervención: individual, donde se entrevista a la adolescente con el fin de conocer sobre su situación particular, además se trabaja con sus dudas, temores sobre el embarazo

La intervención en pareja, donde se valora el estado de compromiso, afecto, y responsabilidad que existe en la relación. Y por último, el abordaje grupal, que en la mayoría de los casos se realiza con la familia de la joven o quienes sean su red de apoyo más cercana.

Para esta última, la profesional realiza una intervención entre la adolescente y su red de apoyo más cercana para conocer la dinámica familiar, determinar si existe algún tipo de interacción entre los y las entrevistados, realizar una valoración del ambiente en la que la joven y su hijo o hija se están desarrollando y en el cual se incorporarán después del nacimiento.

En las intervenciones la profesional explica la Ley de Paternidad Responsable, interviene en conflictos familiares, ejemplifica algunas de las situaciones por las que puede pasar la adolescente durante el tiempo de gestación. Asimismo, interviene y coordina con centros educativos si existe alguna situación en que la joven se esté viendo afectada.

Por último, la profesional tiene a cargo una de las sesiones del Curso Preparación para el Parto. Cómo indica Zeledón (2012), su técnica de trabajo es “familias simuladas”, la cual es una representación de la dinámica familiar en la que se puede ver inmersa la adolescente embarazada. Esta simulación es realizada por profesionales de la Clínica que ejemplifican situaciones, dudas o conflictos familiares que han sido determinadas mediante el abordaje individual o familiar. Según explica la profesional, es una técnica

que da excelentes resultados y con la cual las adolescentes se sienten más comprendidas por los profesionales encargados de su atención.

Esquema 2

Procesos de Trabajo Profesional Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia

Fuente: Elaboración propia (2012).

5.1.4. Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

La atención social a la población adolescente embarazada en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, por parte del servicio de Trabajo Social, inicia en la década de los años 80, sin embargo, se trató de acciones aisladas con respecto a los servicios de Enfermería y Obstetricia.

A partir de la década de los años 90, con la creación del Programa de Atención Integral al Adolescente, se unifican los esfuerzos de los diferentes servicios de salud involucrados con la atención a esta población.

Para el año 1999 se da inicio a la creación del "Modelo de Atención Integral a la Salud de las Mujeres[12] con Enfoque de Género" por parte del M.S., el I.N.A.M.U., la .C.C.S.S. y H.O.M.A.C.E., lo que viene a marcar una pauta de cambio en la concepción de la atención en salud en los y las profesionales, así como en las Jefaturas de los Servicios, con lo que el Equipo Coordinador de la Atención de las Adolescentes en el Hospital se da a la tarea de reflexionar sobre la necesidad de realizar cambios indispensables para obtener el impacto esperado con esta población, específicamente en cuanto a la salud sexual y reproductiva, así como otras áreas apenas exploradas en el campo de la adolescencia como tal en los centros de salud del país (Moreno y Ledesma, 2007).

De esta forma los y las profesionales aplicaron al programa denominado "Marco Conceptual BIAS FREE"[13] como herramienta de trabajo, así como el diagnóstico de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (F.O.D.A), con el fin de plantear nuevas estrategias por medio de la revisión profunda del programa, puesto que durante dos décadas de implementación no había logrado disminuir las cifras de embarazo en adolescentes, por lo que se propone la variación de políticas y estrategias de atención de esta población para producir el impacto esperado.

A partir de la investigación efectuada se concluye lo siguiente:

> "*De acuerdo a la aplicación de estos instrumentos y a la revisión documental y estadística el proceso de la atención en salud a la población debe verse como una construcción social, requiriendo la incorporación de las y los adolescentes en la toma de decisiones a través de la participación social y la incorporación de otros actores(as) sociales como la sociedad civil organizada, ONG'S, instituciones y sectores sociales de manera que se incida en los determinantes sociales de la salud, la calidad y condiciones de vida a través de la gestión en red desde el enfoque de género y de derechos, que permita impactar favorablemente los índices de salud en esta población*" (Moreno y Ledesma, 2007: 2).

Ante lo anterior se da un cambio significativo en la intervención que se realiza en H.O.M.A.C.E. a las adolescentes embarazadas, surgiendo con ello una propuesta de trabajo por parte de las jefaturas, la cual se desarrolla en dos vías: una denominada

[12] Ver Anexo N°7
[13] Ver Anexo N°8

"Desglose de las Estrategias en Red" y otra "Atención Diferenciada a las y los adolescentes en salud Sexual y Reproductiva", la cual, según Moreno y Ledesma (2007) parte de que la atención diferenciada a la población adolescente es aquella que distingue los grupos etarios, conoce las diversidades de las personas y les brinda su valor y correspondencia.

De la misma manera propicia una organización diferente de la infraestructura y de los servicios de salud, contando con recurso humano capacitado, especializado y afín a esta población.

Se implementa así el Programa de Atención Integral a la Adolescente Embarazada[14], cuyos componentes son: políticas nacionales, institucionales y locales, enfoques de la atención, organización de los servicios de salud, infraestructura física, mobiliario, recreación, cultura, participación social, planificación participativa, proyectos, programas, modalidades de atención, flujogramas amigables, profesionales capacitados, instrumentos y herramientas de trabajo, normas, protocolos de atención, sistemas de evaluación, los cuales según lo observado no se aplican (Moreno y Ledesma, 2007: 2).

Por otra parte, las áreas de atención del programa son: promoción, prevención, atención, rehabilitación, investigación y docencia.

Entre los enfoques de atención a la salud de esta población se incluyen los siguientes: enfoque de integralidad, derechos, género, diversidad sexual, desarrollo humano, adolescente protagonista, intersectorialidad y el de adolescencia que contiene la promoción del desarrollo de la salud integral y ve a los y las adolescentes como "[…] *renovadores permanentes de la sociedad, creadores de la cultura y recreación*". Este enfoque contiene el cambio de paradigma de etapa de crisis y represión a una etapa de salud y condiciones de riesgo (Díaz Marco y otros, citado por Moreno y Ledesma, 2007).

H.O.M.A.C.E. se propone como meta para el Programa lograr un cambio en la atención segmentada y meramente biologista que se le brinda a la población adolescente embarazada desde los tres niveles de atención, y dirigirlo hacia la salud integral diferenciada, planteando un énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de estilos de vida saludables en concordancia con el desarrollo humano

[14] Ver Anexo N°9

sostenible, por medio de una visión del futuro, gestión en red y participación social que incida en las condiciones de vida y los determinantes sociales de la salud, de manera que se promuevan los factores positivos o protectores del desarrollo humano en las áreas biológicas, psicológicas y sociales, pretendiendo desarrollar acciones dirigidas a eliminar o anular los factores de riesgo y por consiguiente sus efectos negativos, para el normal desarrollo humano, desde antes de la concepción, y hasta el final del período de la adolescencia-juventud y después de ésta (Solum Donas, citado por Moreno y Ledesma, 2007).

Moreno (2012) afirma que H.O.M.A.C.E. es pionero en el diseño e implementación de este programa, y que por medio de la experiencia previa con la que los y las profesionales del hospital contaban, se logró elaborar protocolos y normativas, que se han ido aplicando a nivel nacional por los Hospitales México, San Juan de Dios y De Niños. Esta profesional expone que el Programa "[…] *promueve una valoración integral del contexto familiar e individual, cultural y de comunidad; se hace una valoración social, se definen planes de acción y se hace un acompañamiento del proyecto de vida de las adolescentes y emergentes sociales* […]"

El Programa cuenta con una variedad de proyectos[15] ejecutados por diferentes profesionales en un trabajo multidisciplinario; el proyecto de mayor relevancia es el de Atención Grupal a Adolescentes Embarazadas, el cual consta de una sesión grupal, donde las adolescente son atendidas por los servicios de Obstetricia, Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Contraloría de Servicios, Laboratorio y Farmacia en distintos momentos.

Según Obando (2012) en el Servicio de Trabajo Social en H.O.M.A.C.E. aproximadamente un 60% de la población atendida mensualmente es adolescente en condición de embarazo. Este porcentaje es equivalente a la consulta total, es decir, atención grupal, individual y hospitalaria.

Por lo tanto, el proyecto trata de una atención integral, y su principal finalidad es la de tener una mayor captación de usuarias, por medio de la estrategia de realizar una diversidad de citas en un mismo día, por lo que se le evita a la misma la necesidad de dirigirse al hospital en varias oportunidades, y de esta manera se previene el

[15] Ver Anexo N°10, N°11 y N°12

ausentismo de las adolescentes. Según lo indica Obando (2012) un 33% del total de la consulta a adolescentes se atiende por medio de la consulta grupal.

La atención grupal se realiza todos los jueves y el primer martes de cada mes, y se presentan a ésta un promedio de 8 adolescentes, las cuales se hacen acompañar por sus encargados legales o bien por sus parejas, razón por la cual las profesionales en Trabajo Social realizan las entrevistas necesarias, y toman la decisión de dar una segunda cita de seguimiento o bien dar de alta. Cabe rescatar que de no presentarse el encargado(a) legal de la usuaria, se solicita al mismo(a) la presencia a una nueva cita, con el fin de conocer si existen factores de riesgo para la adolescente.

Una profesional de Trabajo Social tiene a cargo la sub-coordinación de esta atención grupal, y en conjunto con otra colega, se encargan de la ejecución de las sesiones grupales para las adolescentes, con el fin de realizar una mejor intervención, dedicando así más tiempo a cada entrevista.

En este proceso se lleva a cabo la atención prenatal a las adolescentes, se da la orientación general acerca de la prevención de E.T.S. y de un segundo embarazo. Se realizan exámenes de orina y de sangre, después de realizado el diagnóstico respectivo, se coordina con el servicio de Farmacia para que se faciliten los tratamientos específicos. Además, se lleva a cabo una charla por parte del servicio de nutrición acerca de hábitos de alimentación saludable en la etapa de gestación y la forma en la que se deben consumir, de ser necesario el servicio de Obstetricia hará una referencia de la adolescente a nutrición, ya sea por sobre peso o por desnutrición.

Además se da una charla por parte de la Contraloría de Servicios del Hospital, con el fin de que las usuarias conozcan sus derechos y obligaciones como tales, y de aclararles dudas al respecto. Por parte de Obstetricia se realiza una charla explicativa sobre la atención que se impartirá durante la sesión y de las temáticas que se atenderán en la misma, siendo apoyada en este punto por la profesional de Trabajo Social, en su papel de sub-coordinadora.

Una vez realizadas las distintas charlas, se solicita a los y las acompañantes de las usuarias que abandonen el salón, explicándoles que éstas deben realizar una prueba personal, y se les aplica a las adolescentes el instrumento de tamizaje, con el cual las profesionales de Psicología y Trabajo Social conocen los factores de riesgo presentes en las mismas, tales como: la situación de la relación familiar, autoestima, actitudes

suicidas, consumo de alcohol y drogas, conductas sexuales riesgosas, problemas de alimentación, entre otras.

Por último, se quedan en la sala solamente las profesionales de Psicología y Trabajo Social, y las usuarias, junto con sus acompañantes, rotan en las distintas entrevistas y se acaba la sesión una vez llevadas a cabo las citas con estas disciplinas y con el servicio de Obstetricia.

Otro de los proyectos del Programa de Atención Integral a la Adolescente Embarazada es el de la Consulta Social, la cual se encuentra a cargo de cuatro de las Trabajadoras Sociales del Hospital, a ésta asisten usuarias a las que se ha hecho la referencia desde el servicio de Obstetricia, o bien, a usuarias con citas de seguimiento, así como a sus encargados(as) legales.

Igualmente se implementa la atención en hospitalización, en la que se entrevista a la usuaria, así como a su encargado(a) legal, con el fin de conocer y valorar el contexto familiar, para descartar situaciones de riesgo, y dar de alta a ésta y a su hijo o hija.

Tal y como se expone en el Protocolo de Atención Individual a la Mujer Adolescente en Consulta Externa y Urgencias, así como en el Protocolo de Atención Social Individual a Adolescentes en Hospitalización, las actividades y tareas llevadas a cabo por parte de los y las profesionales se desglosan en el siguiente cuadro:

Cuadro 3

Actividades y tareas, Atención Social Individual a la Mujer Adolescente Embarazada en Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización

Actividades	Tareas	Responsables
Atención Social	-Valoración social -Medición del riesgo social -Contención y apoyo emocional -Definir plan de trabajo	Trabajo Social
Sesiones de Equipo Técnico	-Coordinación con otros profesionales -Plan de tratamiento social considerando plan médico	Trabajo Social Médico Enfermería Psicología
Consultas	-Expediente clínico -Otras coordinaciones telefónicas -Expediente social -Revisión documental -Antecedentes en otras	Trabajo Social

	instituciones -Coordinación para referencia de la situación social	
Entrevistas	-Valoración de adolescente -Valoración del núcleo familiar -Otras redes de apoyo o de Interés	Trabajo Social
Informe Social	-Elaboración -Revisión y supervisión por jefatura -Colocar en expediente social -Referencias extrainstitucionales	Trabajo Social Jefatura de Trabajo Social
Seguimiento Social	-Cita para valoración de la situación social actual -Tratamiento terapéutico -Monitoreo de compromisos adquiridos en plan de tratamiento y toma de decisiones -Facilitar coordinaciones intra y extrainstitucionales	Trabajo Social

Fuente: Elaborado por H.O.M.A.C.E. (2005).

También se cuenta con un proyecto de "Curso de Preparación para el Parto y Orientación para la Vida Familiar Especializado para Adolescentes", impartido por una Enfermera Obstetra del Hospital durante todo el año con una duración de seis sesiones. Anteriormente Trabajo Social tenía a cargo la coordinación y participación en este curso por medio de diferentes charlas, sin embargo, actualmente no se cuenta con suficiente personal para cumplir con estas tareas.

Un proyecto más del Programa se trata de la "Hospitalización Diferenciada", contando con salas de labor de parto y 3 salas de maternidad en las cuales se ubican solamente a adolescentes, y se mantienen a dos adolescentes por cada sala. Se debe recalcar que estas salas no son suficientes para cubrir a toda la población, por lo que en ocasiones es necesario ubicar a las usuarias en los salones generales.

Existe además un "Programa de Hospitalización y Acompañamiento Continuo", en el que la adolescente puede contar con el acompañamiento de su pareja o bien de su padre o madre, o encargado(a) legal desde su internamiento hasta su salida del Hospital, incluso en el momento del parto, mientras no se trate de cirugía por cesárea.

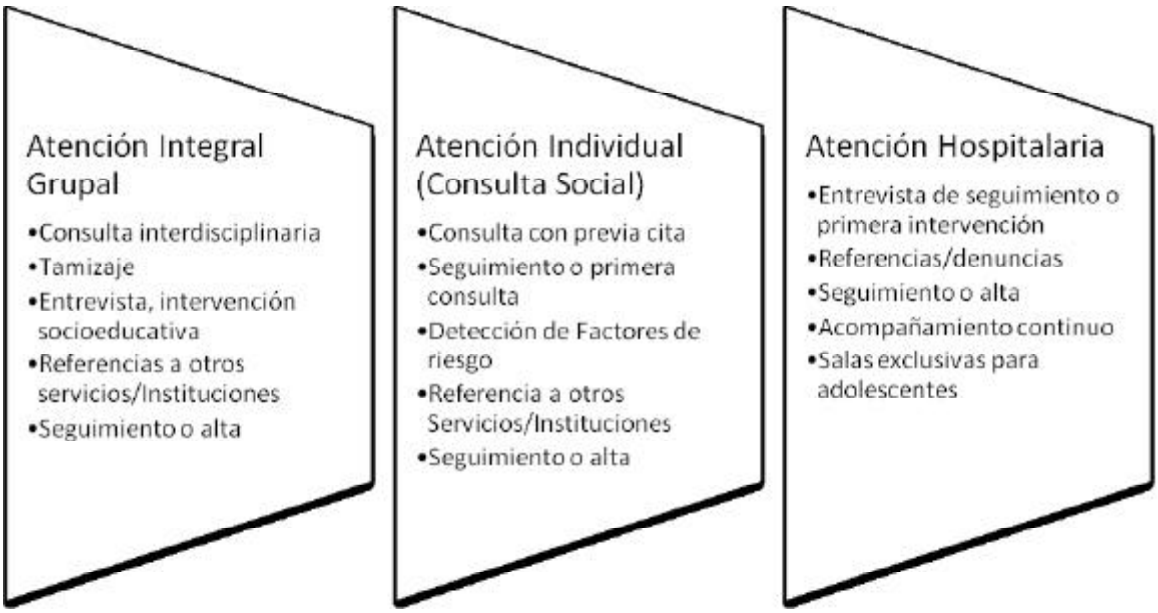
En cuanto a la Gestión en Red en Adolescentes, se lleva a cabo en las áreas de salud correspondientes al área de atracción del Hospital: y se tiene como objetivos generales los siguientes:

- Brindar atención integral a la población adolescentes del área de atracción del Hospital de las Mujeres.

- Mejorar la calidad de vida de las y los adolescentes para el desarrollo de sus potencialidades como ser humano.

Esquema 3

Procesos de trabajo profesional Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva



Fuente: Elaboración propia (2012).

5.1.5. Hospital San Juan de Dios[16].

A partir de la necesidad de brindar un espacio de crecimiento y fortalecimiento de habilidades sociales para las adolescentes, el Hospital San Juan de

[16] El Hospital San Juan de Dios desarrolla procesos de atención para la adolescente embarazada desde el modelo socio educativo y socio terapéutico. Sin de este último no se tuvo acceso a información, por lo que el análisis de procesos se desarrolla principalmente del proceso socio educativo.

Dios, específicamente el Servicio de Trabajo Social, desarrolla una serie de procesos de intervención que intentan responder a las demandas de dicho grupo poblacional.

La estrategia de intervención esta dirigida, según López (2011) a todas las adolescentes madres atendidas por el Servicio de Trabajo Social, ya sea en Consulta Externa u Hospitalización, quienes son ubicadas en dos grupos según su edad: Menores de 15 años y mayores de 15 años hasta los 18 con 11 meses. De acuerdo a las características del desarrollo establecidas por las Teorías del Desarrollo Humano.

Siguiendo a López (2011), las líneas de atención hacia la población adolescente embarazada[17] y adolescente madre, se sustentan desde los Modelos Socio Terapéutico y Socioeducativo Promocional, ya que éstos propician niveles de participación activa a partir del trabajo concreto con las potencialidades de la población adolescente y busca desarrollar procesos de concientización y desarrollo de habilidades que les permita disfrutar de una mejor calidad de vida.

Los módulos constan de seis sesiones divididas de la siguiente manera:

- Dos Sesiones Tema Autoestima
- Dos Sesiones de Derechos, divididas en Derechos de las Personas Menores de Edad y Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Una Sesión de Violencia Intra Familiar.
- Una Sesión de Construcción del Proyecto de Vida.

Según López (2012), dada la demanda de atención que existe hacia las adolescentes embarazadas, la modalidad de grupo socioeducativo ha sido muy exitosa, para el abordaje de temas como: embarazo, planificación familiar, consumo de drogas durante el embarazo, parto y sus mitos, control prenatal.

En esa fase, la profesional analiza detalles sobre la situación de embarazo de la adolescente tales como: la edad de la mujer y su pareja, se hace una primera indagación sobre si la relación fue producto de abuso, y posterior a la sesión se procede a hacer una intervención individual con cada adolescente, para abordar

[17] Ver Anexo N°13.

situaciones particulares de ella y de su hijo o hija. Es en este momento que se decide si debe haber un seguimiento, grupal o individual, o se le puede dar de alta.

Atención individual

Según afirma López (2012), la atención grupal se encuentra complementada por un proceso individual, al que son referidas las adolescentes embarazadas qué presenten conductas de riesgo, que requieran de un seguimiento especial.

En la atención individual se recibe a las adolescentes con problemas de adicción, ideas de autoeliminación, sobrevivientes de abuso sexual y trastornos alimenticios tales como la anorexia o la bulimia, en donde se valoran situaciones de violencia intrafamiliar que puede estar viviendo o vivió la adolescente, así como posibles situaciones de rechazo a las que se podría exponer a su hijo o hija, conductas de riesgo de los papás y madres de familia, en general, se realiza una valoración de las redes de apoyo de la adolescente y del futuro hijo o hija.

En este proceso es importante destacar, que se realiza un compromiso por escrito, entre la profesional, la adolescente, y su red de apoyo, generalmente representada en su madre. En dicho documento, se pretende que las partes asuman las siguientes responsabilidades:

- Respetar el rol de madre de la adolescente, y asumir con responsabilidad el rol que le corresponde a la red de apoyo (abuela o abuelo, generalmente), velando por los derechos tanto del o la futura Recién Nacida como de la adolescente.
- La adolescente debe asistir a control post parto, y al programa de Planificación Familiar, después del parto.
- La o el Recién Nacido debe asistir a Control de Niño (a) Sano (a).
- La red de apoyo debe comprometerse a mantener a la adolescente en cualquier opción educativa.

Trabajo Interdisciplinario

El trabajo interdisciplinario es otro eje importante en la atención a la atención de las adolescentes embarazadas en el Hospital San Juan de Dios y se lleva a cabo

principalmente a través del C.E.I.N.N.A.: Comité de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredida(o).

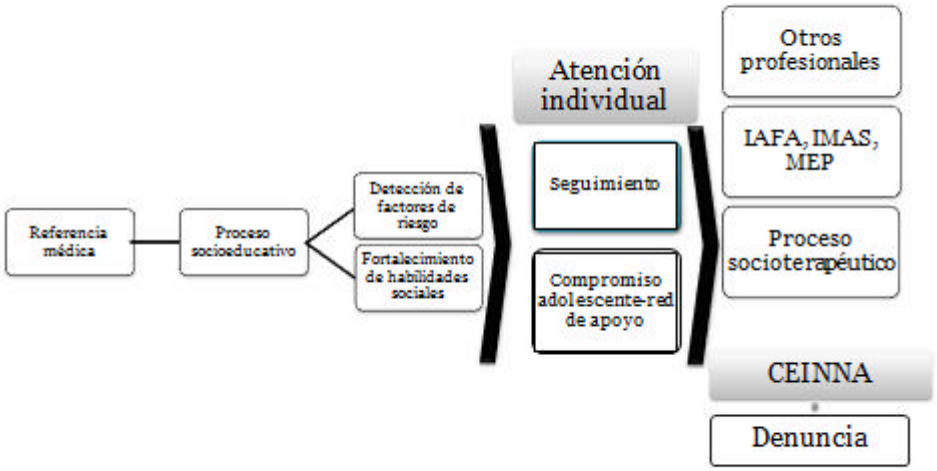
Según afirma López (2012), este es un equipo integrado por dos trabajadoras sociales, dos pediatras, un ginecólogo obstetra, un representante de medicina, un profesional en Salud Mental, un representante del Ministerio Público y del P.A.N.I.

El C.E.I.N.N.A. es un equipo interdisciplinario e interinstitucional que valora, principalmente, casos de gineco-obstetricia, específicamente casos de adolescentes menores de quince años, embarazadas producto de una relación con una persona mayor de edad, esto en consonancia con lo estipulado en el artículo N°159 del Código Penal, que se refiere a delitos sexuales involucrando a personas menores de quince años. El equipo analiza cada caso, se hace referencia al P.A.N.I. y a la Fiscalía de Delitos Sexuales, se registra en los archivos de salud del Hospital.

López (2012) sostiene que el papel de Trabajo Social a lo interno de este equipo es protagónico, se encarga de realizar los pronunciamientos del C.E.I.N.N.A. con respecto a los casos, realiza la coordinación de capacitaciones para el personal en el tema de violencia intrafamiliar, y trabaja en coordinación con distintas dependencias del P.A.N.I. y la Fiscalía.

Esquema 4

Procesos de trabajo profesional del Hospital San Juan de



Dios

Fuente: Elaboración propia (2012).

5.2.5 Protocolos de Atención.

Por otra parte, se encuentran en los Hospitales México y H.O.M.A.C.E. protocolos de atención a la población adolescente por parte de los Servicios de Trabajo Social, los cuales han sido diseñados por las mismas profesionales y sus Jefaturas.

A continuación se describen estos protocolos.

5.2.1 Protocolo de atención social a la población adolescente, Trabajo Social, Hospital México.

Este protocolo fue elaborado en el año 2007 como respuesta a la necesidad de ofrecer una guía para el abordaje integral de la población adolescente de los servicios del área de hospitalización, urgencias y consulta externa del Hospital México.

El documento deriva de los lineamientos instituciones de la Dirección de Planificación de la C.C.S.S. siguiendo las políticas emitidas en el Plan Nacional de Salud y el Plan Estratégico Corporativo, el cual guía el accionar de todos los niveles operacionales, sirve de insumo para el Plan Anual Operativo, y se constituye como el documento oficial que guía la intervención social para esta población.

Su elaboración tuvo como uno de sus objetivos organizar las actividades dirigidas a la población adolescente a través de la participación activa de un grupo de trabajo interdisciplinario, cuya meta seria "[…] *instituir un programa para la atención terciaria de la población femenina adolescente entre los 10 y los 19 años once meses referida a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital México*" (C.C.S.S. 2007).

Parte de una concepción general de la adolescencia con una perspectiva genero-sensitiva del desarrollo humano integral e incorpora cuatro aspectos del proceso de desarrollo adolescente: reconstrucción de la identidad, integración de un nuevo esquema corporal, consolidación del desarrollo cognoscitivo y construcción de los proyectos de vida futuros.

Los fines concretos del Protocolo se orientan a identificar factores protectores y de riesgo social de la población adolescente referida y captada, y brindar atención directa y oportuna a las adolescentes embarazadas en riesgo social.

Utiliza como criterios de inclusión la edad, referencias del Servicio de hospitalización, urgencias y consulta externa, que lleguen a dar a luz al hospital, adolescentes captadas durante el proceso de gestación.

Procedimiento de atención.

a) Recepción de interconsulta del equipo de salud.
b) Valoración diagnóstica con el o la usuaria y su familia.
c) Sesiones de equipo técnico para la discusión del caso.
d) Valoración domiciliar.
e) Elaboración de diagnóstico social de acuerdo al CIE-10.
f) Definición de plan de tratamiento y de seguimiento.
g) Activación de redes interinstitucionales.
h) Aplicación de instrumento discriminador de riesgos.

5.2.2 Protocolo de Atención Individual a la Mujer Adolescente en Consulta Externa y Urgencias, H.O.M.A.C.E.

Desde el Servicio de Trabajo Social de H.O.M.A.C.E. se brinda una atención individualizada, la cual incorpora la atención social de la familia o grupo significativo de pertenencia de la adolescente.

Las problemáticas que se atienden tienen que ver, además del grupo de edad de la población, con embarazos de alto riesgo obstétrico y social, problemas de salud, embarazos no planeados, no aceptados, con riesgo en el cumplimiento en el rol de madre y su respectivo riesgo de atención inadecuada del niño o niña.

Además se presentan problemas con respecto de relaciones familiares conflictivas, ausencia de apoyo del núcleo de pertenencia, limitación e interrupción del proyecto de vida y farmacodependencia, entre otros.

Todo esto se atiende bajo la modalidad de Atención en la Consulta Ambulatoria y Emergencias, y basándose en los principios éticos de autodeterminación, confidencialidad y respeto.

El proyecto se trabaja en tres niveles de atención que son:

- Primario (preventivo)
- Secundario (curativo)
- Terciario (rehabilitatorio) en el campo social

Y se le da un énfasis al tercer nivel, puesto que es la especialidad del centro de salud.

El objetivo general del proyecto es el de "*Brindar a las usuarias, sus hijos y grupos familiares, una atención integral personalizada, con calidez y calidad*" (H.O.M.A.C.E. 2005)

Entre sus objetivos específicos se encuentran los siguientes:

a) Brindar atención social individual a las mujeres embarazadas que lo ameriten, tanto en el servicio de hospitalización como de consulta ambulatoria.

b) Valorar situaciones sociales de riesgo para la madre adolescente y el futuro bebé.

c) Valorar redes de apoyo vecinales, familiares y o institucionales que permitan asegurar la contención y seguimiento de las adolescentes y su hijo.

d) Facilitar información a las mujeres adolescentes de la consulta externa y emergencia en aspectos de proyecto de vida, maternidad responsable, planificación familiar, relaciones de pareja y familiares y atención del niño y la niña recién nacidos.

e) Brindar educación en salud a las mujeres adolescentes de la Consulta Externa y Emergencias sobre salud sexual y reproductiva, desmitificando el rol de género socialmente asignado.

f) Brindar atención en crisis de primer orden, contención y apoyo emocional, en situaciones de violencia familiar, abuso sexual, embarazos no planeados y o no deseados, conflictos de pareja, duelos no resueltos, entre otros.

g) Brindar atención terapéutica que permita por medio de un proceso planificación el análisis conjunto de situaciones problema y el fortalecimiento y planeamiento de alternativas viables a la realidad de las mujeres adolescentes.

h) Detectar y referir situaciones emocionales complejas a los profesionales respectivos para su atención y seguimiento.

i) Enlazar a la adolescente con los servicios hospitalarios y con programas de la red de atención de la C.C.S.S. y otras instituciones. (H.O.M.A.C.E. 2005)

La población meta del proyecto son las mujeres adolescentes con edades entre 10 y 19 años, de Consulta Ambulatoria y Emergencias que asisten a consulta en el Hospital de las Mujeres, referidas, espontáneas, y del área de atracción.

Las respectivas acciones del equipo operativo de trabajo en el proyecto se especifican a continuación:

Jefatura de Trabajo Social:

- Supervisión y monitoreo de las acciones de atención social.
- Realimentación la intervención social individual.

Profesional en Trabajo Social:

- Atención social individual.
- Valorar redes de apoyo.
- Definir plan de tratamiento.
- Brindar atención terapéutica individual.
- Coordinar con otros profesionales.
- Coordinar intra y extra institucionalmente.
- Brindar seguimiento social.
- Enlaza con las instituciones protectoras de la niñez y la adolescencia.

Otros Profesionales del Centro de Salud:

- Detectan y refieren situaciones sociales de riesgo.
- Valoran desde su especialidad profesional.
- Coordinan con el profesional en Trabajo Social.
- Colaboran en la valoración integral.

Personal secretarial:

- Apoya en el levantado de texto de informes sociales.
- Orienta a las adolescentes en trámites administrativos.
- Realiza trámites administrativos.

Los recursos con los que se cuenta y se requiere para llevar a cabo el proyecto son tanto humanos como materiales. Entre los recursos humanos se encuentran la profesional en Trabajo Social, enfermera Obstetra, personal Médico, la adolescente embarazada y sus familiares y/o acompañante. El recurso material es bibliográfico, audiovisual y de infraestructura.

Se realizan además relaciones de coordinación externas e internas, por lo que se cuenta con instituciones que atienden a población adolescente de riesgo como lo son el P.A.N.I., el I.M.A.S. y la Fundación Otto Solera. Además se cuenta con la Red de Atención Institucional, y se hacen coordinaciones con el M.E.P. y el I.N.A.

5.2. Población Atendida.

A partir de la observación realizada por parte de las investigadoras en los distintos centros de salud, así como de las entrevistas proporcionadas por los y las profesionales, tanto de los servicios de Trabajo Social, como profesionales de la salud consultados, se evidencian similitudes entre la población adolescente que se atiende; como grupo heterogéneo por naturaleza, tiene características variadas, por lo que no es posible construir un perfil sin caer en el error de etiquetar o generalizar a las usuarias.

Sin embargo, por medio de la síntesis de las observaciones y las entrevistas, se encontraron aspectos generales que caracterizan a la población que se atiende desde los hospitales en estudio, los cuales se exponen a continuación:

5.2.2. Rango de edad.

Con respecto a la edad de las usuarias en los diferentes hospitales en estudio, se hallaron concordancias, puesto que en los cuatro centros de salud se atiende a una población adolescente que va desde los 11 años de edad, a los 18 años y 11 meses.

Se observó que las profesionales hacen distinción entre adolescentes embarazadas menores de 12 años, las de 12 a 15 años y las mayores a 15 años y menores de 18 y 11 meses de edad; según lo expresado por las Trabajadoras Sociales entrevistadas esto obedece a lo establecido en el Código Penal que dicta:

> *"Será sancionado con pena de prisión de diez a dieciséis años, quien se haga acceder o tenga acceso carnal, por vía oral, anal o vaginal, con una persona de cualquier sexo, en los siguientes casos: 1.Cuando la víctima sea menor de 12 años"* (Código Penal, Artículo N°156). Y " *Quien, aprovechándose de la edad, se haga acceder o tenga acceso carnal, vía oral, anal o vaginal, con una persona de cualquier sexo, mayor de doce años y menor de quince, aún con su consentimiento, será sancionado con pena de prisión de dos a seis años*" (Código Penal, Artículo N°159).

Si bien el número de embarazos varía según el grupo de edad de las usuarias, la preocupación por embarazos en mujeres cada vez más jóvenes se evidencia en las entrevistas a las profesionales. Se observa la influencia de los patrones socioculturales, y la edad de inicio de la actividad sexual: 22% de los hombres y 15.2% de las mujeres han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años (Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva, 2010); como factores de riesgo importantes que generan el aumento en embarazos de jóvenes de 11 a 15 años.

A pesar de contar con el obstáculo el adultocentrismo imperante en el sistema de salud y la organización hospitalaria, las trabajadoras sociales señalan que al menos en la atención del servicio de Trabajo Social intentan brindar una intervención acorde con la edad de las menores, tomando en cuenta el doble rol que cargan, ser adolescentes y a la vez madres.

Las Trabajadoras Sociales entrevistadas y observadas brindan a las adolescentes embarazadas una atención diferenciada del resto de pacientes, tomando en consideración sus particularidades sociales y cognitivas correspondientes a sus edades cronológicas y de acuerdo con las normativas de los centros de salud.

5.2.3. Nivel de escolaridad.

En cuanto al nivel de escolaridad de la población adolescente atendida en los hospitales estudiados, se presenta el bajo nivel de escolaridad como una constante, asociado a situaciones como la repitencia, deserción y desocupación; se considera como un factor de riesgo “de doble vía” debido a que se ha observado que un bajo nivel de escolaridad potencia el riesgo de a un embarazo en la adolescencia. Además, se debe considerar que un embarazo es un factor importante en la incidencia de abandono de las adolescentes al sistema educativo. Si bien es imposible generalizar lo anterior, se da en la mayoría de casos atendidos.

Aunado a esta situación, las profesionales entrevistadas concuerdan en que un número significativo de las adolescentes embarazadas que se atienden en los Servicios de Trabajo Social, no tienen un proyecto de vida definido antes del embarazo, situación que se persiste durante el periodo de gestación debido a que se desarrolla cierta incertidumbre acerca del futuro educativo; de las adolescentes observadas se puede

constatar que anhelan estudiar pero afirman que no están seguras de poder lograrlo, y justifican esto en la nueva responsabilidad de cuidar y criar a su hijo o hija por nacer.

Se observó que la mayoría de las usuarias cuentan con la primaria completa, lo cual indica que el nivel de analfabetismo es relativamente bajo en esta población.

5.3.3 Deprivación socio-cultural.

Las profesionales de los cuatro centros de salud concuerdan en que la condición de menor de edad, embarazo, pobreza, lugar de procedencia entre otras, son condiciones que han privado a las adolescentes usuarias de oportunidades para su desarrollo social.

Señalan que la escasez de estímulos afectivos, culturales, sociales y económicos para las adolescentes, incrementa las posibilidades de la deserción escolar, imposibilidad de conseguir empleos, establecimiento de relaciones de pareja violentas, entre otros elementos, que como se mencionó anteriormente constituyen factores de riesgo que potencian el embarazo en la etapa adolescente.

5.3.4 Conductas de riesgo.

Las profesionales que intervienen con la población reafirman que la vulnerabilidad sociocultural de la etapa de la adolescencia se asocia al concepto de “conductas de riesgo”. Por riesgo, se entiende siguiendo a Krauskopf (s.p), la probabilidad de que la presencia de uno o más características o elementos nocivos incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida o la sobrevivencia personal o la de otros.

Las conductas de riesgo observadas con más frecuencia en las adolescentes embarazadas son las propias de su grupo etario relacionadas directamente con la etapa de vida que éstas atraviesan, tales como baja autoestima, rebeldía frente a figuras de autoridad, conductas autodestructivas y agresivas.

Estas conductas varían según la etapa de la adolescencia en que se encuentren las jóvenes. Como señala Garita (2001) en la adolescencia temprana, los cambios internos y externos pueden generar ansiedad, inseguridades y dificultades emocionales; la transformación de las relaciones sociales de entre ellas y sus padres y/o madres, que en ocasiones resultan negativas y además una tendencia a actitudes temerarias, se convierten en factores de riesgo para el desarrollo de conductas de riesgo.

En la adolescencia tardía, a pesar de que las conductas temerarias disminuyen conforme avanzan en edad, la búsqueda de relaciones afectivas y los intentos por consolidar su identidad, crea un estado de vulnerabilidad frente a la frustración que se afronta a través de conductas de riesgo, según Garita (2001).

En los cuatro centros de salud, las profesionales destacan como principales conductas de riesgo las siguientes:

1. Consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales.

2. Desordenes alimenticios como anorexia y bulimia.

3. Propensión a la violencia y conductas antisociales.

4. Enfermedades de trasmisión sexual y prácticas sexuales de alto riesgo.

5. La depresión, el estrés y el suicidio.

Se concuerda en que muchas de estas conductas de riesgo se gestan a lo interno de los grupos de pares, por ejemplo, las adolescentes están expuestas a licor y drogas en escuelas y colegios, fiestas y hasta en sus mismas comunidades. Sumado a esto, los patrones de consumo, los modelos sociales y la violencia representada y transmitida en medio de comunicación ejercen una fuerte influencia en la adopción de conductas de riesgo.

Es importante destacar que estas conductas de riesgo están ligadas, no solamente a actitudes propias de esta etapa vital, si no a factores determinantes como la estructura y los patrones familiares, especialmente cuando uno o más miembros de la familia presenta la misma conducta; los lugares de procedencia, que en su mayoría corresponden a zonas urbano-marginales según las áreas de atracción de los cuatro hospitales, y lo expresado por las trabajadoras sociales entrevistadas.

5.3.5 Conductas sexuales de alto riesgo.

Una parte importante de la población de adolescentes embarazadas atendida en los hospitales en estudio manifiestan tener o haber tenido conductas sexuales de alto riesgo, como el inicio de una vida sexual a edades tempranas, participando de relaciones sexuales inseguras, sin protección y compartiendo varias parejas, sin hacer uso adecuado de métodos anticonceptivos, y por ende sin prevenir además de un embarazo no planeado, el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Predomina la no utilización de métodos anticonceptivos, Jiménez (2012) señala que aproximadamente un 80% de las jóvenes no utilizaron ningún método anticonceptivo.

Según lo expresado por varias Trabajadoras Sociales entrevistadas, esta situación no es por falta de conocimiento, puesto que casi la totalidad de las adolescentes atendidas manifiesta conocer al menos dos métodos anticonceptivos. Para Jiménez (2012) esta situación es comprensible si se parte de las características naturales de los y las adolescentes, quienes tienden a ser desafiantes y creer que por su edad son poco vulnerables, y no creen que puedan quedar embarazadas.

Durante las valoraciones individuales observadas, varias adolescentes expresaron que no usaron métodos de protección porque “no creían que fuera posible un embarazo al ser la primera vez” o “creía que a mí no me iba a pasar eso”. Algunas veces los compañeros sexuales las seducen y las engañan, indicándoles que él ya se protegió con una inyección, o que él es estéril. La falta de conocimientos amplios sobre sexualidad y la ignorancia, en combinación con carencias afectivas, inciden en las jóvenes para involucrarse en relaciones de riesgo (Jiménez, 2012).

5.3.6 Problemáticas familiares.

Durante los procesos de observación se constata que a pesar de que la mayoría de las jóvenes cuenta con redes familiares, estas presentan un historial de situaciones que influyen de manera constante sobre los recursos personales de las adolescentes. La Violencia Intrafamiliar se muestra como una constante en un gran número de casos “[…] *ello lesiona áreas del desarrollo humano de las adolescentes, la identidad es*

dañada en su integridad, su auto-imagen, patrimonio, aspiraciones, reconocimiento, sexualidad, relaciones interpersonales y su salud" (Londoño, 1992).

La baja escolaridad por parte de padres, familias reconstruidas, deficiente manejo de límites, ausencia de una figura de autoridad definida, abandono del hogar por parte del padre, la madre o la usuaria, son características que las profesionales señalan como constantes en las historias de vida de las adolescentes que atienden, y son identificadas como factores de riesgo, que en muchos de los casos se constituyeron en determinantes para la actual condición de embarazo de las adolescentes.

Las profesionales en Trabajo Social, señalan que un aspecto a observar en las familias de las adolescentes embarazadas es la repetición de patrones; expresan que en muchos casos atendidos, las madres de las usuarias fueron madres adolescentes también, al igual que sus abuelas, lo cual constituye una cadena que va de una generación a otra.

Es importante destacar que, aunque la mayoría de casos atendidos por las trabajadoras sociales entrevistadas cumplen con el perfil antes mencionado, el embarazo adolescente no es una situación exclusiva de los estratos sociales más bajos, si no que se manifiesta en todas las familias, acarreando problemáticas propias del nivel socio-económico en el que se ubique.

5.3.7 Abandono del hogar.

Una característica frecuente entre las adolescentes observadas es el abandono del hogar consecuente al embarazo; esta situación se presenta además asociada a relaciones afectivas con parejas mayores que ellas; esto se concibe como una problemática.

La observación arrojó que, en su mayoría, las adolescentes que abandonan su hogar se trasladan a la casa de la pareja, junto con los padres de éste, y enfrentan abusos de poder por parte de los "suegros", obligándolas a realizar tareas domésticas y crianza de otros niños y niñas.

Jiménez (2012) asegura que alrededor de un 50% de las adolescentes embarazadas atendidas viven en unión libre con los padres de sus hijos o hijas, situación que se da por obligación de los padres de la menor, o por conveniencia de la pareja.

Paralelo a esta situación se presentan casos de familias que expulsan a las adolescentes de sus casas tras enterarse de su condición de embarazo. La mayoría de estas menores de edad terminan refugiándose en casa de su pareja o del padre de su hijo o hija.

En ocasiones el embarazo es visto como una oportunidad o una escusa para salir de la violencia, la pobreza y los abusos que viven en sus casas, sin embargo encuentran una realidad semejante o peor en sus nuevas familias.

5.3.8 Problemas socioeconómicos.

Debido a las diferentes características antes expuestas, como la baja escolaridad a nivel familiar, hogares desintegrados, se suma que la mayor parte de las usuarias y sus familias proceden de comunidades urbano-marginales y además no cuentan con empleos estables o con salarios que permitan cubrir la totalidad de los gastos familiares. Se observa que el nivel socioeconómico familiar es bajo en su mayoría.

Esta situación afecta directamente a las usuarias, les permite continuar sus estudios ni cubrir las necesidades del niño o niña por nacer, lo que las obliga a buscar empleos explotados o bien a abandonar sus hogares y establecer relaciones de unión libre con sus parejas.

5.3.9 Relaciones de poder abusivas.

Según lo observado y lo manifestado por las profesionales en las entrevistas, aproximadamente un 65% de las adolescentes embarazas atendidas en los servicios de Trabajo Social están involucradas afectivamente con un hombre mayor. Según Naranjo (2012) un 40% de las parejas o padres de los hijos o hijas de las usuarias están en edades entre 21 a 25 años, situación que implica, según la legislación, situaciones de abuso sexual y en muchos casos generan relaciones de poder que

ponen en desventaja a las adolescentes, quienes se ven frente a una dependencia económica y emocional.

Una característica constante en este tipo de relaciones es que las familias de las jóvenes, por lo general apoyan y refuerzan la convivencia en pareja, situación que representa para ellas y su familia menos carga económica.

Otro de los motivos de la no utilización de métodos de planificación en adolescentes, es el hecho de que al usarlos o solicitarlos en centros de salud, o en una farmacia, se reconoce implícitamente el inició de una vida sexual activa, y por ende enfrenta la crítica, castigo o rechazo de los adultos, esto puede ir acompañado de sentimientos de vergüenza y de temor, lo se debe, según Jiménez (2012) a que la planificación para adolescentes no es permitida socialmente, e incluso es sancionada por los sistemas religiosos.

5.4 Análisis de los procesos de trabajo de los y las profesionales.

A partir de la descripción de los procesos de trabajo de los y las profesionales de Trabajo Social, así como de la respectiva atención que se le da a las adolescentes desde los cuatro hospitales seleccionados: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, se obtienen puntos de interés y de concordancia en lo que respecta a la atención que brindan estos servicios a las adolescentes embarazadas.

5.4.3 Captación de las Adolescentes Embarazadas por Trabajo Social.

En los cuatro centros de salud estudiados hay concordancia en que la adolescente embarazada que es captada por el respectivo centro hospitalario, debe recibir una atención integral, que trascienda, de lo médico, por lo que todas las adolescentes que ingresan a cualquiera de estas cuatro instituciones, requieren ser valoradas por Trabajo Social.

Los y las Trabajadoras Sociales poseen, un rol protagónico en la atención de esta población, realizando el tamizaje, determinando la presencia de situaciones o

conductas de riesgo tanto para la adolescente como para su hijo o hija, y definiendo el tipo de atención que deben recibir las adolescentes, en caso de ser necesario el seguimiento, o bien, la posibilidad de dar de alta a la futura madre adolescente.

5.4.4 Trabajo Interdisciplinario.

La atención a la población adolescente embarazada no es un campo exclusivo de Trabajo Social. Con el objetivo de lograr una atención integral, en los cuatro hospitales estudiados se identifica la labor conjunta de diversas disciplinas tales como: Trabajo Social, Medicina, Ginecología, Obstetricia, Nutrición, Enfermería, Psicología, y en caso de ser necesario son referidas a otros servicios, como Psiquiatría.

En el trabajo de campo desarrollado, se constatan diferentes niveles de coordinación entre profesionales, evidenciando en el H.O.M.A.C.E y en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia un trabajo estructurado mediante la existencia de un Equipo Técnico y la Clínica de Adolescentes, respectivamente; mientras que en el H.S.J.D y en el H.M., la coordinación radica principalmente en la emisión de interconsultas y revisión de casos en el C.E.I.N.N.A.

Específicamente el en caso del H.S.J.D., este aspecto de la atención a Adolescentes Embarazadas es calificada por la profesional encargada, como una coordinación insipiente y definitivamente como un área de oportunidad de intervenir en las diversas particularidades que presenta la población, e ir más allá de la atención en aspectos relacionados con el campo de la salud, y de esta forma mejorar sus condiciones de vida.

5.4.5 Coordinación Interinstitucional.

En general, la coordinación institucional que existe en relación a la atención de esta población, radica principalmente en la denuncia de casos de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual al P.A.N.I. y a la Fiscalía de Delitos Sexuales, que es realizada mediante los C.E.I.N.N.A. de cada centro de salud, específicamente por Trabajo Social.

Aparte de lo anterior, en el caso específico del H.R.C.G., exponen que en defensa de

los derechos de las adolescentes embarazadas, se realiza una coordinación con los centros educativos a los que asisten éstas, con el fin de cerciorar que se realicen las adecuaciones necesarias para la condición de la estudiante.

Por su parte, en el H.S.J.D. se refieren a las adolescentes a diversas opciones educativas que ofrece el M.E.P., con el fin de que la futura madre continúe sus estudios y trabaje en su proyecto de vida. Además, de ser necesario, la profesional realiza referencia al I.A.F.A., con el fin de captar situaciones de uso y abuso de drogas durante el embarazo.

5.4.6 Medios e Instrumentos.

En la intervención con las adolescentes embarazadas, los centros de salud investigados cuentan con diferentes medios e instrumentos para la atención a esta población. Estos configuran la forma en que se da la atención en cada centro de salud y los recursos con los que cuentan para lograr la atención de las usuarias del servicio y sus redes de apoyo.

De los centros de salud investigados, se obtiene que solo el H.R.C.G tiene un establecimiento exclusivo para la atención prenatal a las adolescentes embarazadas, segregado de la demás población embarazada del hospital. Desde hace tres años, en este establecimiento se realiza la atención del proceso gestacional de las adolescentes embarazadas, tanto a nivel médico como social. Es allí mismo, donde se desarrollan y realizan las estrategias de intervención con las adolescentes, sus parejas y sus familias.

En el H.O.M.A.C.E. se cuenta con salas de labor de parto y de maternidad exclusivas para las adolescentes, por su parte el H.S.J.D., si bien es cierto, cuenta con un número de camillas para hospitalización particular de las adolescentes, no se logra mantener en su totalidad, debido a la gran demanda de los espacios hospitalarios. En este centro se cuenta con la disponibilidad de un aula, no exclusiva para la atención de las adolescentes, pero donde se realizan los grupos socioeducativos dirigidos a esta población. Finalmente el H.M, no cuenta con un espacio físico determinado para atender a la población adolescente.

Por otra parte, el recurso humano para la atención de la población adolescente solo es

permanente en el Hospital México. En los demás centros de salud, los y las profesionales vinculados a esta atención no son exclusivos de para la atención a adolescentes, sino que dividen sus labores en otros servicios del hospital.

5.4.7 Modelos de Atención.

El trabajo profesional realizado en los hospitales seleccionados se encuentra encausado desde tres diferentes modelos de atención: socioeducativo, terapéutico y asistencial.

En las acciones profesionales se contempla que a nivel socio-educativo, los cuatro hospitales seleccionados han desarrollado este modelo, concretamente se refiere a los Cursos de Preparación para el Parto. Aunado a estos cursos está la atención grupal que se da a las adolescentes y sus redes de apoyo. Este último punto es desarrollado principalmente por el H.R.C.G, según Zeledón (2012) es una de las principales intervenciones que se realizan, permite conocer la dinámica familiar así como la identificación de problemas al interno del grupo familiar y del entorno para la adolescente embarazada y su hijo o hija.

A nivel terapéutico, debe señalarse la intervención individual, la cual también es un punto de concordancia en los cuatro centros de salud. En la atención individual los cuatro servicios de Trabajo Social, intentan determinar y conocer posibles factores de riesgo y protectores que poseen las usuarias del servicio. En el caso del H.S.J.D, el grupo terapéutico brinda atención socio-terapéutica en crisis, generalmente en situaciones de adolescentes sobrevivientes de abuso sexual.

Por último a nivel asistencial, los servicios de Trabajo Social que atienden a la población de adolescentes embarazadas realizan desde este enfoque, referencias de las usuarias al sistema educativo, entre la cuales están: el realizar denuncias de su situación particular, ya sea de discriminación por su estado, como de coordinaciones interinstitucionales para el acceso al sistema educativo. Este servicio es desarrollado desde los cuatro hospitales investigados. Siguiendo con el mismo enfoque, el H.R.C.G, lleva a cabo talleres donde se fomentan diferentes actividades, de artesanía y cosmetología, mediante cursos ofrecidos a las adolescentes que son atendidas en la Clínica de este centro de salud.

5.4.8 Ejes temáticos Abordados.

Las profesionales de los cuatro centros de salud coinciden en direccionar su intervención en el fortalecimiento de habilidades sociales, mediante el trabajo de una serie de ejes temáticos, ya sea de manera individual o grupal. El siguiente cuadro muestra las principales temáticas desarrolladas por Trabajo Social, y los centros de salud que las asumen.

Cuadro 4

Ejes temáticos Abordados con la Población Adolescente Embarazada

Eje Temático	Abordado por
Elaboración o Re-elaboración del Proyecto de Vida. **Opciones Educativas**	Hospital México Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva Hospital San Juan de Dios
Prevención de un segundo embarazo. **Métodos Anticonceptivos** **Enfermedades de Transmisión Sexual**	Hospital México Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva Hospital San Juan de Dios
Construcción de relaciones afectivas sanas **Violencia Intrafamiliar**	Hospital México Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva Hospital San Juan de Dios
Fortalecimiento de Autoestima	Hospital México Hospital San Juan de Dios
Embarazo: mitos y temores.	Hospital México Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia

	Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva Hospital San Juan de Dios
Derechos de la Adolescente Embarazada. **Ley de Paternidad Responsable**	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva Hospital San Juan de Dios

Fuente: Elaboración Propia a partir de observación realizada en los Centros Hospitalarios (2012).

Los ejes temáticos que se enlistan anteriormente, han sido seleccionados en cada uno de los centros de salud a partir de una lectura de las necesidades de la población adolescente embarazada atendida. Las profesionales concuerdan en que las sesiones de intervención con las adolescentes deben brindarles herramientas que ayuden a superar los factores de riesgo propios de la etapa del desarrollo humano en que se encuentran, así como los retos que genera la maternidad.

5.4.9 Fundamento Ético Político.

Los procesos de trabajo desarrollados en los centros de salud con la población adolescente embarazada, se encuentran determinados principalmente por cuatro enfoques y es a partir de éstos que las profesionales perfilan sus procesos de trabajo.

Las profesionales trabajan desde un enfoque que coloca a las adolescentes como sujetas de derechos. Esto queda constatado en las acciones socioeducativas que desarrollan las Trabajadoras Sociales entorno a sus derechos, así como la defensa de la permanencia de las mismas en los centros educativos. El enfoque de derechos es identificado con claridad en los cuatro centros de salud.

Por su parte, el concepto de salud es entendido desde una perspectiva integral, considerando los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social que comprende múltiples aspectos interrelacionados. Dicha concepción integral de la salud contempla factores de tipo "[…] *biológicos, sociales, ecológicos y económicos, conciencia y conducta* […]" (Caja Costarricense del Seguro Social, 2002:10), que pretenden integrar la vida total de la persona, siendo no un sujeto fragmentado sino

integral.

En coherencia con lo anterior, el abordaje que se brinda a las adolescentes embarazadas desde los cuatro hospitales es interdisciplinario, superando la concepción biologista de la salud, incorporando dimensiones sociales, emocionales y hasta materiales, de la población atendida.

Como otro de los determinantes de la intervención que se brinda desde los cuatro centros, Trabajo Social destaca el enfoque género sensitivo, que recupera la condición de mujer de las adolescentes y lo coloca como un factor importante de la realidad atraviesan. Desde esta perspectiva y como complemento del enfoque de derechos, se realiza una labor socioeducativa en dirección a la reivindicación de los derechos de ellas como mujeres, en su rol de madres, hijas, pareja, entro otros.

Finalmente, en el H.M. así como en el H.S.J.D, se destaca el enfoque de resiliencia, el cual rescata la "[…] *capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir adelante positivamente o incluso transformándolas luego de ser sometido a factores de alto riesgo que han vulnerabilizado su integridad o le han causado daños graves en su vida psíquica, moral, espiritual o social*" (Araya,1999: 42).

Se considera que debe de existir, según Krauskopf (1996) graduales dosis de adversidad que posibiliten fortalecer a la persona, superando la idea de que la no-exposición al peligro es preferible, agrega que debe existir la "[…] *oportunidad de generar capacidad de respuesta y ponerlas a prueba con resultados aceptables*" (p.27) pues de lo contrario la posibilidad de desarrollar o manifestar resiliencia es menor.

Desde estos hospitales, se considera entonces que el proceso de embarazo adolescente debe ser un proceso que le permita a la adolescente empoderarse y desarrollar habilidades sociales para enfrentar su realidad de una manera asertiva, en beneficio tanto de ella como de su hijo o hija.

5.5 Fundamento Jurídico.

Los servicios de Trabajo Social, así como las acciones de los y las profesionales que dan atención en salud a adolescentes embarazadas están fundamentados en una serie de lineamientos de carácter legal, que dan garantía y protección a una población que históricamente se ha considerado como vulnerable y violentada.

Como se detalla en el capítulo IV de este trabajo de investigación, las leyes e iniciativas jurídicas y legales en lo que respecta al abordaje de las adolescentes es numeroso, sin embargo a la hora de su referencia en los servicios de los hospitales seleccionados se encuentra que, no todos estos elementos son tomados en cuenta en la dirección de las estrategias que se llevan a cabo.

Desde las entrevistas y observaciones realizadas durante el trabajo de campo, se indagó sobre el conocimiento, cumplimiento y operacionalización de la política social costarricense en materia de salud, dirigida a adolescentes embarazadas, en los cuatro hospitales en estudio.

Todas las trabajadoras sociales que participaron en las entrevistas afirman la existencia de un cuerpo legal que respalda su accionar, y convergen en que la ratificación de acuerdos internacionales, en materia de niñez y adolescencia, sirvieron como base para el avance en el tema de gestión de política social para la protección de esta población. Sin embargo, coinciden en que los avances y retrocesos de la política social dependen únicamente del interés que las agenda política de turno tengan en este grupo poblacional, el cual impacta directamente a las jerarquías de la Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud, y por ende, a los hospitales en específico.

De manera que se reconocen aciertos en la política social vigente, pero en sobremanera se perciben vacíos, como la falta de recursos asignados para el cumplimiento de un marco legal, la falta de iniciativas legales institucionales que respalden a la población, agendas gubernamentales de turno, entre otras; lo que evidencia la falta de interés político para proporcionar de mejores herramientas para la atención de los y las adolescentes, y en menor medida a las adolescentes embarazadas.

5.5.3 Marco normativo internacional.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, y la Declaración de los Derechos del Niño fueron mencionados como los instrumentos legales de carácter internacional más importantes, sobre los cuales se fundamenta el quehacer profesional, por cuanto la atención que

brindan a las adolescentes embarazadas se basa en una Perspectiva de Derechos Humanos y sobre los cuales se desarrolla toda la política social nacional en materia de niñez y adolescencia en el país.

De ellos destaca la atención prioritaria en salud a madres y menores de edad, así como la obligación de brindar y garantizar la seguridad social y atención en salud a toda persona menor de edad, (como se menciona en el Artículo N°25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el Artículo N°4 de la Declaración de los Derechos del Niño).

En los cuatro centros de salud se observó el cumplimiento de esta normativa, ya que en el caso de las adolescentes embarazadas, los procesos de trabajo son agilizados y priorizados, con lo cual se procura el reconocimiento del derecho de todas las personas menores de edad al goce inmediato del más alto nivel de salud que el Estado pueda garantizar, como se menciona en el Artículo N°24 de la Convención.

Por otro lado, a pesar de que muchos de sus lineamientos se encuentran implícitos en los instrumentos internacionales ya mencionados, la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Violencia Contra la Mujer, como acuerdo internacional para la adopción de todo tipo de medida que evite y sancione la violencia contra la mujer, al igual que el Plan de Salud Centroamericano y de República Dominicana 2010-2015, como iniciativa internacional de convergencia de agendas de trabajo del personal de Salud de la región, no fueron mencionados en ninguna de las entrevistas realizadas.

Jiménez (2012) y Naranjo (2012) afirman que a pesar de los esfuerzos personales por lograr una adecuada coordinación inter-institucional para abordar temas como violencia de género, o el trabajo en redes de apoyo internacionales o institucionales, los recursos de tiempo y dinero son limitados, lo cual genera que ciertos aspectos de la salud integral de las adolescentes embarazadas queden desprotegidos.

Según estas profesionales, se siguen los lineamientos interinstitucionales de llevar a cabo los reportes por abuso sexual al PANI o a la Fiscalía de Delitos Sexuales, sin embargo las respuestas demoran o no llegan, lo cual complica la situación de las jóvenes durante su hospitalización. Jiménez (2012) asegura que las trabajadoras sociales son víctimas de presión por parte de las jefaturas médicas, ya que las adolescentes en ocasiones deben esperar hasta veintidos días por una respuesta para su egreso, lo cual implica una cama ocupada, y recursos médicos de alimentación en una paciente cuyo tratamiento esta completo. Esto se debe según la profesional a la

falta de personal y recursos financieros en las instituciones encargadas de atender estos casos.

5.5.4 Marco Normativo Nacional.

La Constitución Política de Costa Rica, como marco legal establece al Patronato Nacional de la Infancia, como institución encargada de procurar la protección y respeto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el país, estableciendo que debe contar con la colaboración de otras instituciones del Estado. Las diferentes observaciones, así como las entrevistas realizadas a las profesionales en los cuatro hospitales en estudio, permiten corroborar el cumplimiento de lo anterior, a lo que se suma lo establecido en la Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia, la cual procura velar por el cumplimiento de la Constitución, políticas tanto nacionales como internacionales en defensa de los derechos de la población infantil y adolescente.

Lo anterior se evidencia por medio de las distintas interacciones que mantienen las y los profesionales en los centros de salud, en procura de la defensa de los derechos de las adolescentes que se presentan a los Servicios de Trabajo Social sin redes de apoyo familiares estables, así como con señales de violencia intrafamiliar, abuso sexual, entre otras problemáticas; situaciones en las que los y las trabajadoras sociales de los diferentes hospitales intervienen desde los servicios como parte de su que hacer diario, como también los hacen dentro de los equipos interdisciplinarios de los Comités de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredida(o) (C.E.I.N.N.A.)[18].

Como ya fue mencionado anteriormente, los cuatro centros de salud atienden a población adolescente, comprendida entre 12 años a 18 años y 11 meses, tal como lo estipula el Código de la Niñez y la Adolescencia.

En cuanto a este Código, se expone que el Estado es el responsable de garantizar la formulación y ejecución de programas para brindar una atención integral a la población infantil y adolescente, así como de adoptar medidas administrativas, legislativas y presupuestarias, para garantizar la efectividad de los derechos fundamentales de esta población.

[18]Con excepción del H.R.C.G., en donde no se mencionó el funcionamiento de un C.E.I.N.N.A.

Pese a lo anterior, con base en las entrevistas con las jefaturas de los diferentes Servicios de Trabajo Social, se evidencia que no se cuenta con partidas específicas que respalden la ejecución de las iniciativas de las profesionales en cuanto a atención del embarazo adolescente, sino que las necesidades financieras de los programas y proyectos se ven solventadas con los presupuestos generales de los servicios y con los recursos materiales con los que ya cuenta cada departamento. De manera que evidencia que las medidas administrativas y legislativas que se llevan a cabo actualmente desde los hospitales, no responden a lo planteado en el Código.

Además, se establece en el mismo Código de la Niñez y la Adolescencia, asimismo en la Ley General de Protección a la Madre Adolescente N°7735, que la población infantil y adolescente tiene derecho a la atención médica directa, obligatoria, inmediata y gratuita por parte del Estado, y que debe contar con seguro médico proporcionado por el mismo, lo cual, como se ha podido evidenciar por medio de la observación de los procesos de trabajo de los Servicios de Trabajo Social y otros de los cuatro Hospitales analizados, se cumple, puesto que se atiende de forma oportuna e inmediata a las adolescentes embarazadas, sin necesidad de tener seguro médico.

Ambas directrices exponen que el Ministerio de Salud debe garantizar programas de tratamiento integral para las adolescentes, acerca del control prenatal, perinatal, postnatal y psicológico. De acuerdo con lo observado en los diferentes centros de salud esto se cumple, sin embargo, es importante recalcar a pesar de que tres de ellos pertenecen al tercer nivel de atención, en el Hospital San Juan de Dios no se da este tipo de intervención.

Tal como se mencionó anteriormente, en los cuatro Hospitales concuerdan con la realización de una denuncia por parte ante el Ministerio Público en el caso de las adolescentes embarazadas de 15 años o menos, y por parte del Servicio de Trabajo Social se lleva a cabo la misma denuncia ante el P.A.N.I. De esta forma se cumple con lo que se estipula en el Código Penal en lo relacionado con la sanción por abuso sexual contra personas menores de edad.

Según Obando (2012), cuando una adolescente de 15 años o menos es atendida por un o una profesional del Hospital, sea del Servicio de Trabajo Social o de cualquier otra disciplina, ésta es referida al C.E.I.N.N.A. para que se lleve a cabo la denuncia correspondiente. Sin embargo el 100% de estas adolescentes son referidas al P.A.N.I. por parte de Trabajo Social, por medio de una denuncia impuesta al presunto padre del

niño o niña por nacer para que esta institución se encargue de realizar las investigaciones necesarias. En la mayoría de los casos no se impone ninguna pena sobre éste, pero a pesar de eso la investigación se debe realizar, ya que es un procedimiento impuesto por el Código, que se realiza con el fin de salvaguardar los derechos de la adolescente.

En cuanto Ley de Paternidad Responsable N° 8101, es mencionada por parte de las profesionales en las entrevistas realizadas como parte de sus instrumentos de trabajo, además las observaciones de las distintas intervenciones que llevan a cabo las profesionales, permiten denotar que esta ley es muchas veces mencionada a las adolescentes, con la intención de que las mismas conozcan las medidas con las que cuentan para hacer respetar los derechos de sus hijos o hijas y la forma en la que se llevan a cabo los mecanismos que establece la Ley para determinar la presunta paternidad.

Con respecto a la Ley de Lactancia Materna N° 7430, como se expone en el capítulo IV de la presente investigación, establece la responsabilidad de la C.C.S.S. de promover la lactancia y estimular a las mujeres a realizarla. En H.O.M.A.C.E. y H.R.C.G. se cuenta con un Curso de Preparación para el Parto especializado para adolescentes, en el cual se le explica tanto a éstas como a sus parejas y acompañantes la importancia que tiene la lactancia materna, y de la misma forma se les brindan las indicaciones necesarias para que sea llevada a cabo responsablemente procurando así que o la el neonato reciban una buena nutrición durante sus primeros meses de vida y que sus madres conozcan la relevancia de esta, de tal forma que no la eviten.

La Ley General de la Persona Joven N° 8261 y la Política Nacional de Niñez y Adolescencia de Costa Rica, por su parte, plantea la responsabilidad del Estado de elaborar programas de promoción, prevención, tratamiento, atención diferenciada e integral para esta población; lo cual, como ya fue señalado se cumple por parte de los centros de salud estudiados.

La Ley propone la promoción de la capacitación de los y las profesionales en salud, de todos los niveles de atención, en relación con la niñez y la adolescencia, con el fin de romper con la visión adultocentrista, lo cual, como fue mencionado al inicio del presente capítulo, no se cumple, puesto que a pesar de que se da una atención diferenciada a la población adolescente en los hospitales, la atención en general se encuentra permeada por el adultocentrismo, debido a que el modelo de atención que

se maneja por los y las diferentes profesionales, no contempla las particularidades de esta población, además los servicios de salud en general se encuentran estructurados hacia una atención igualmente adultocentrista, lo que no permite romper con esta visión y cumplir así con el objetivo de la Ley.

Aunado a esto, la Política Nacional de Niñez y Adolescencia de Costa Rica impone al Estado el deber de garantizar los derechos de las adolescentes embarazadas y madres, en el ámbito de salud y educación principalmente, por medio de la generación de programas y proyectos con el fin de fortalecer las capacidades de los padres y madres adolescentes para que asuman el ejercicio del rol parental de forma adecuada y responsable.

Esto se refleja en la interacción de las Trabajadoras Sociales con las usuarias y sus familiares, puesto que éstas les ofrecen recomendaciones acerca del manejo de límites y de las actitudes adecuadas que deben tener con sus hijos o hijas por nacer; sin embargo, se considera que existen vacíos importantes en ésta temática dentro de la atención en los centros de salud estudiados, puesto que no se dan los programas necesarios para el manejo límites en el hogar, a pesar de la existencia de esfuerzos aislados, como los son por ejemplo las charlas socioeducativas en el H.S.J.D. así como de la Clínica del Adolescente en el H.R.C.G. Estos vacíos pueden ser vistos como deficiencias en el planteamiento de estrategias de intervención adecuadas, y la falta de seguimiento de los casos.

Lo mismo sucede en cuanto a la Política Nacional de Sexualidad, así con la Política Pública de la Persona Joven, con lo referente a la necesidad de impartir una adecuada educación sexual y reproductiva, ya que solamente se identifica el abordaje de esta temática por medio de las citas de planificación familiar a las que asisten las adolescentes, sea antes o después de un embarazo. En estas citas el tema de salud sexual y reproductiva se trabaja con su pareja y familiares.

Además, en el H.S.J.D. se da un esfuerzo importante en este ámbito, ya que se firma un contrato que compete el tema del el rol materno y pretende ser un compromiso de asistencia a citas de seguimiento. En los otros tres hospitales, se le da seguimiento a los casos pero no se utiliza esta herramienta para reforzar el nivel de compromiso familiar.

5.5.5 Lineamientos Institucionales.

Bajo una visión de salud integral, la Caja Costarricense del Seguro Social, ha venido direccionando su política de acuerdo a las necesidades proyectadas de la población costarricense, de manera tal que la totalidad de los servicios de salud que brinda el Estado a través de esta institución, orienta una serie de directrices compiladas en el documento "Una C.C.S.S. Renovada hacia el 2025", de donde deriva el resto programas y proyectos de la institución.

Esta política institucional corresponde a una serie de directrices generales, proyectadas a guiar la organización y visión de la C.C.S.S. hacia transformaciones que respondan a las necesidades sociales y epidemiológicas estimadas para el año 2025. Se trata de directrices políticas muy generales, que no estipulan específicamente a la población de adolescentes embarazas, sin embargo fue un instrumento mencionado en varias ocasiones durante las entrevistas, ya que coloca la atención de "toda población vulneravilizada" como prioridad para la institución; partiendo del hecho que este grupo poblacional se constituye como vulnerable, este se utiliza como sustento para la justificación de intervenciones aisladas, programas y proyectos.

Al igual que el "Plan Nacional de Salud 2010-2021", estas iniciativas son utilizadas por las profesionales como punto de referencia a las metas, y modificaciones al sistema de salud que la C.C.S.S. en conjunto con el Ministerio de Salud, están implementando, de acuerdo a los cambios en la epidemiología y en los patrones etarios que se proyectan para la década del 2020.

El "Plan Estratégico Nacional de Salud de la Persona Adolescente 2010-2018", establece como relevante la atención pronta, y eficaz de las personas menores de edad, lo cual se cumple en los cuatro centros de salud investigados, donde las adolescentes embazadas son atendidas de forma prioritaria; sin embargo, respecto al objetivo referente a la coordinación inter-niveles e interinstitucional, que dicta *"Las y los adolescentes reciben de forma oportuna y eficaz, acciones de promoción, prevención y atención de salud por medio de sistemas de salud integrados y respuestas interinstitucionales e intersectoriales articuladas y enfocados en resultados efectivos"* (P.E.N.S.P.A., 2010-218).

Se evidencian vacíos, por cuanto no existe una red interinstitucional eficaz que cumpla con la función de facilitar vías de comunicación para la ejecución de lineamientos de protección a la población adolescente embarazada.

Naranjo (2012) menciona que en muchas ocasiones al tercer nivel le corresponde asumir funciones establecidas para el primer y segundo nivel, como lo son la promoción y prevención, lo cual satura los servicios, y resta tiempo para la ejecución de procesos de trabajo propios de los niveles hospitalarios. De manera que no existe una verdadera comunicación y coordinación entre los niveles encargados de la prevención de embarazos en edades tempranas y de E.T.S., y de la promoción de la salud sexual, así como de atenciones prenatales básicas, procesos que se acumulan y recargan el tercer nivel.

La falta de recursos financieros y de personal impiden ejecutar la política dirigida a la educación sexual de adolescentes o la atención interinstitucional de las adolescentes embarazadas. Si bien existen esfuerzos aislados e individuales, es evidente que, tal como lo mencionan las trabajadoras sociales entrevistadas, existe la política, lo que no existen son los medios para ejecutarla.

5.6 Fortalezas y desafíos de los procesos de trabajo.

A partir de la investigación realizada en los cuatro centros de salud, se identifican fortalezas y oportunidades que caracterizan el trabajo profesional desde Servicios de Trabajo Social de los Hospitales San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, México y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, en el desarrollo de los diferentes programas y proyectos para brindar atención a las adolescentes embarazadas así como en la política social existente a nivel internacional, nacional e institucional direccionada hacia la atención en salud de esta población.

A continuación se presenta a manera de conclusión, las principales fortalezas y oportunidades identificadas en los cuatro centros de salud estudiados, finalizando con una serie de recomendaciones que tienen como finalidad el fortalecimiento desde los diferentes Servicios de Trabajo Social de los mismos hospitales, así como de los procesos de trabajo que abordan la temática del embarazo adolescente.

5.6.1 Principales fortalezas de los procesos de trabajo.

Como primera fortaleza se debe señalar que los cuatro hospitales analizados cuentan con recurso humano, material, estructural e infraestructural que respalda todos los procesos de trabajo que se desarrollan para dar atención a la población adolescente embarazada. Se cuenta con personal especializado en diversas disciplinas que atienden la salud, destinado, aunque no exclusivamente, para dar atención a las adolescentes embarazadas. Por su parte, los proyectos cuentan con el respaldo de la estructura institucional de cada uno de los hospitales, lo que le permite hacer uso de la infraestructura, así como de los recursos materiales y financieros de cada centro de salud.

Se identifica además, que desde los Hospitales San Juan de Dios, México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, existen diferentes iniciativas con variadas modalidades de intervención, dirigidas a la atención de la adolescente embarazada; desarrollándose así una amplia gama de proyectos, ejecutados tanto por profesionales de Trabajo Social como por otros profesionales en salud, desde los cuatro hospitales.

Lo anterior permite concluir que los profesionales que atienden a la población se encuentran sensibilizadas(os) con la temática, conscientes de las diversas necesidades que posee, y con anuencia a la innovación de los procesos de trabajo, con la finalidad de que estos se adapten a la realidad en constante transformación de la población adolescente en condición de embarazo.

Específicamente en el trabajo de campo desarrollado con las profesionales en Trabajo Social, es necesario destacar que en los cuatro hospitales se percibe un compromiso ético político con la población, reflejado en la ejecución de las diferentes actividades, propias de cada proyecto. Las profesionales fundamentan su intervención en la defensa de los derechos, en primera instancia de las usuarias, reconociéndolas como mujeres adolescentes, personas menores de edad, y por ende una población vulnerable a nivel social, y posteriormente, reconociendo el nuevo rol como madres que su condición de embarazo les exige desempeñar.

La perspectiva ética desde la que se aborda a la población desde los cuatro centros de salud, es necesariamente una fortaleza de los procesos de trabajo. Las profesionales logran dar a conocer y reivindicar los derechos de la población adolescente

embarazada tanto en la red de apoyo familiar de la usuaria, como a lo interno de los centros de salud a los demás profesionales involucrados en los procesos de atención.

Lo anterior posee un impacto en la estructura de los Servicios de Trabajo Social de los cuatro Hospitales, en tanto se percibe que desde las jefaturas de los Servicios de Trabajo Social, así como por parte de otros profesionales en salud, apoyan la iniciativa de programas y proyectos, participando en los mismos, a pesar de la carencia de directrices institucionales claras en cuanto a la atención de esta población.

El trabajo interdisciplinario, es entonces otro de los puntos que se deben rescatar en lo que respecta a la atención de las adolescentes embarazadas. En los cuatro centros de Salud se evidencia, en diversos niveles, el trabajo convergente de diversas disciplinas. Hay consenso, tanto entre los profesionales en salud de los cuatro hospitales analizados, en que la atención que se brinda a las usuarias debe trascender la visión biologista de la salud, dirigiéndose a una atención integral que recupere las diversas dimensiones de la salud, como lo son la fisiológica, la social, la psicológica, entre otras.

5.6.2 Principales desafíos de los procesos de trabajo.

La observación realizada en los diferentes centros de salud estudiados evidencia una ausencia de coordinación entre éstos, la atención que se le brinda a las adolescentes embarazadas, se lleva a cabo mediante programas y proyectos aislados. En el caso de los Hospitales México, San Juan de Dios y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, al pertenecer al tercer nivel de atención, deberían unir esfuerzos y tomar acciones en coordinación, con el fin de fortalecer los procesos de trabajo y mejorar la atención en beneficio de las usuarias, lo cual no se percibe, por lo que considera como un desafío

Se concuerda con lo expuesto por Obando (2012), en que una de las principales debilidades que tiene la atención a las adolescentes embarazadas en estos momentos en los diferentes Hospitales estudiados, es el número reducido de personal capacitado y sensibilizado con esta población. Las acciones estudiadas en esta investigación son el esfuerzo aislado de profesionales sensibilizados con la temática y la población, sin embargo, como se rescató anteriormente, no hay una directriz institucional que regule la atención que debe recibir la población adolescente.

En esta misma línea, se identifica como una importante área de mejora, la sistematización de la intervención que se realiza con la población. Durante los procesos de investigación desarrollados en cada uno de los hospitales, no se encontraron de protocolos de atención en dos de los cuatro hospitales, no existen estadísticas claras de la cantidad de adolescentes embarazadas que atienden los Servicios de Trabajo Social, y no se identificaron procesos de evaluación de ninguno de los procesos que se desarrolla con la población.

Lo anterior es una debilidad importante, en tanto la documentación del trabajo realizado crea antecedentes para el establecimiento de lineamientos institucionales de carácter formal. Los procesos de evaluación permiten identificar los resultados del trabajo profesional, y además, es evidencia de la necesidad de crecimiento de los proyectos y programas dirigidos a la población.

Se identifica además, una carencia de actualización del personal para el conocimiento de la realidad social del país en cuanto a la situación de las adolescentes. Las profesionales mencionan que la C.C.S.S. no se encuentra capacitando al personal en materia de atención a las adolescentes embarazadas; lo cual genera desconocimiento de las tendencias en los índices de embarazo en esta población, de los programas que existen en otras instituciones para beneficio de la misma, la política social existente, entre otras. Esto limita la intervención, puesto que no hay una perspectiva de la temática fuera de la realidad institucional y se desconoce las posibilidades que hay para potencializar la intervención profesional que se realiza desde los hospitales.

Por otro lado, como se pudo observar en el capítulo V de esta investigación, sí se cumple con la mayor parte de lo estipulado en la política social en cuanto a la atención a la población adolescente embarazada; sin embargo, la observación realizada permite corroborar que las y los profesionales ignoran la existencia de muchas de estas iniciativas, por lo que señalan que como instrumentos de trabajo solo cuentan con la Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia, el Código de Familia y los lineamiento de la CCSS, lo cual limita en gran medida sus procesos de trabajo, puesto que si tuvieran el conocimiento necesario de las distintas políticas existentes alrededor del tema de embarazo adolescente, se podrían desarrollar otras actividades en beneficio de las usuarias, tales como brindar mayor información, vincularse a otras instituciones, entre otras.

La atención brindada a las adolescentes embarazadas en los cuatro hospitales investigados se caracteriza por ser basada en una visión adultocentrista, esto es identificado como una debilidad en la intervención con la población puesto que ésta requiere una atención diferenciada, que las reconozca primeramente como personas menores de edad con características singulares debido a la etapa del desarrollo en la que se encuentran y además en condición de embarazo. Sin embargo la infraestructura y la capacitación del personal existente se basa en el adultocentrismo, lo cual limita en gran medida la intervención, generando que las adolescentes no se adhieran adecuadamente a los procesos del centro de salud.

Aunado a lo anterior, se percibe en los cuatro centros de salud investigados, la falta de infraestructura adecuada para el desarrollo de programas y proyectos, ya que los espacios destinados para los mismo deben ser compartidos con otros profesionales para el desarrollo de múltiples actividades, lo cual limita el tiempo destinado a la atención de las adolescentes, entre otras.

Las últimas dos características identificadas son producto de la ausencia de interés político en el tema de embarazo en adolescentes, lo cual repercute en la atención a esta población por parte de los centros de salud estudiados, debido a la falta de financiamiento para el desarrollo de programas y proyectos en beneficios de esta población, aun siendo una de las principales poblaciones vulnerabilizadas a nivel nacional, lo cual consideramos una de las más importantes debilidades y amenazas encontradas.

Finalmente, en ninguno de los centros de salud se encontró que realizaran una labor preventiva en cuanto al tema de embarazo adolescente. Si bien es cierto se trabaja con las adolescentes la prevención de un segundo embarazo, no se cuenta con programas o proyectos que prevengan un primer embarazo, a pesar de los altos índices existentes en el país, lo cual se percibe como una importante debilidad.

6

CAPÍTULO VI
Lineamientos para la Atención a las Adolescentes Embarazadas desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva

Esta propuesta propone elementos nuevos que se incorporarán en la atención de las adolescentes embarazadas. Los denominados ejes de atención, capacitación, investigación y evaluación guiarán la atención que reciban las adolescentes en los diferentes servicios de los hospitales investigados.

Estos ejes brindarán elementos que optimizarán los procesos de trabajo profesional en los que Trabajo Social se vincula, mediante el fomento de un crecimiento profesional a través del análisis y reflexión, la realización de una atención que se adecue a la realidad de las usuarias y la generación de procesos evaluadores de las actividades que se desarrollan con las adolescentes. Por último, esta propuesta propone la homogenización de las formas de intervención con las adolescentes en cada uno de los hospitales.

6.1. Introducción

En las últimas décadas el embarazo en la adolescencia se ha convertido en un tema de relevancia pública, dada la alta tasa de incidencia a nivel nacional. Para el año 2011 se reportan 13.867 partos de mujeres menores de 19 años, lo cual corresponde al 18% del total de partos reportados a nivel nacional, cifra que ha variado poco desde 1998 (I.N.E.C., 2011).

Estas cifras han despertado el interés de ciertos sectores de Estado, y se ha traducido en la promulgación de leyes como La Ley de Protección a la Madre Adolescente y la Ley de Paternidad Responsable, así como en la formulación de política pública y la implementación de programas y proyectos dirigidos a la prevención del embarazo a edades tempranas.

Una de las áreas importantes desde donde esta política ha planteado ejercer sus efectos es en el sector salud, por sus alcances a nivel de cantidad de población y por su visión de trabajar diferentes componentes de la salud a través de la educación y la promoción de prácticas saludables.

El seminario de graduación titulado "*Política Social dirigida a la población de adolescentes embarazadas, y la expresión de los procesos de atención de las y los*

profesionales de Trabajo Social, desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, durante los años 2011 y 2012" pretende, a partir de un análisis de los servicios de trabajo social, develar las formas de ejecución de esas políticas, para luego construir una propuesta de mejora con el fin de potenciar los procesos de trabajo de los y las trabajadoras sociales.

Esta propuesta se plantea a partir de las conclusiones y recomendaciones que surgieron como producto del proceso investigativo sobre el abordaje de la población de adolescentes embarazadas en el tercer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social desde Trabajo Social.

Para la elaboración de las conclusiones y recomendaciones se identificaron fortalezas y oportunidades que caracterizan el trabajo profesional desde Servicios de Trabajo Social de los Hospitales estudiados, partiendo del desarrollo de los diferentes programas y proyectos que brindan atención a las adolescentes embarazadas, vinculados como con la política social existente a nivel internacional, nacional e institucional direccionada hacia la atención en salud de esta población.

La propuesta pretende reunir todos aquellos aspectos positivos que se constituyen en fortalezas de los procesos de trabajo profesional investigados, retomar los vacíos como oportunidades para implementar mejoras, y con ello plantear una estrategia de intervención dirigida a la población de adolescentes embarazadas para el tercer nivel de atención.

6.2. Propósitos a Abordar con la Población Adolescente Embarazada

- Desarrollar estrategias de atención eficaces y oportunas vinculadas a la Política Social en Salud, que promuevan el mejoramiento de la calidad de vida de la población adolescente embarazada atendida los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

- Generar espacios de capacitación y sensibilización para los y las profesionales encargados de la atención a la población adolescente embarazada, referente al tema de embarazo y adolescencia.
- Promover procesos de investigación alrededor de distintas temáticas relacionadas con la atención a Adolescentes Embarazadas, con el fin de que el abordaje profesional se mantenga acorde a la realidad social, cultural y económica que enfrentan las adolescentes embarazadas.
- Determinar los alcances de la Propuesta de Atención a las Adolescentes Embarazadas para los hospitales seleccionados, por medio de procesos de evaluación durante sus diversas etapas, con la finalidad de legitimar su implementación.

6.3. Referente conceptual.

6.3.1. Adolescencia.

La Organización Panamericana de la Salud (2002) define a los y las adolescentes como seres humanos concretos, en búsqueda de caminos de crecimiento y equilibrio. Hombres y mujeres con derechos, deberes y compromisos sociales, ciudadanos y ciudadanas con sueños, expectativas, ideales, problemas y dificultades, en procesos de construcción de su autonomía y su proyecto de vida.

Margulis y otros (2003) destacan características generales de la etapa de la adolescencia como parte del ciclo vital tales como: cambios corporales progresivos, desarrollo y fortalecimiento de un pensamiento abstracto, elaboración de duelos por la pérdida de su cuerpo infantil, redefinición de la relación con los padres y madres y otras figuras de autoridad, ampliación del mundo social por medio de la experiencia con el grupo de pares, elaboración de la identidad, construcción de una cosmovisión y una ontovisión propias, búsqueda de autonomía, planteamiento de metas, expectativas y proyectos a futuro, definición de la identidad sexual, la identidad de género y la orientación sexual.

La adolescencia está condicionada por factores de contexto y procesos sociales que particularizan y repercuten en el desarrollo de esta etapa tales como: la vinculación entre el lugar de procedencia, la condición económica y la ocupación (aspecto que se retomará con detalle más adelante), el género al que pertenecen, las oportunidades a las que tienen acceso (educación, trabajo, información), estructura y dinámica familiar y los factores culturales como las creencias, patrones de crianza, mitos, estereotipos, entre otros.

6.3.2. Salud Integral.

La OMS define la salud como "*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*". De esta forma se entiende que la salud no implica solamente un equilibrio a nivel físico, sino que incluye estabilidad en el campo social, psíquico y espiritual.

Según Feito (2007) la salud "[…] es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción)".

El Programa de Coordinación en Salud Integral (P.R.O.C.O.S.I.) (s.f.) define la salud integral como un proceso dinámico de interrelación, que se da entre el individuo y su entorno social, económico, cultural, ambiental y político, lo cual permite un desarrollo físico, mental, social y espiritual.

De esta forma, como aspecto central de la salud integral se identifica la búsqueda de bienestar, tanto para una persona como para el resto del colectivo social; este bienestar debe incluirse en el aspecto mental, físico, económico y social (P.R.O.C.O.S.I., s.f.).

6.3.3. Enfermedades de Transmisión Sexual

Definiciones y vías de transmisión

Las E.T.S. forman parte de un grupo mayor de infecciones conocido como infecciones del tracto reproductivo (I.T.R.). Abarcan todas las infecciones del tracto reproductivo, incluso las infecciones no causadas por contacto sexual (O.M.S., 2010).

Estas últimas pueden ser consecuencia de procedimientos médicos no asépticos o de la proliferación de organismos que normalmente habitan en el tracto reproductivo (infecciones endógenas), como la vaginosis bacteriana (V.B.) y la candidiasis.

La transmisión sexual incluye el contacto pene-vagina, pene-boca, pene-ano, boca-vagina y boca-ano. No es necesario que haya eyaculación para que se transmita una E.T.S. También pueden transmitirse hacia otras partes del cuerpo a través del contacto con úlceras o secreciones. Por ejemplo, si luego del contacto con genitales infectados se tocaran los ojos, podría producirse una infección ocular por gonorrea. Asimismo, varias E.T.S. pueden ser transmitidas por la madre al hijo o hija durante el embarazo y el parto, como por ejemplo la sífilis, la gonorrea y el herpes (O.M.S., 2010).

Clasificación de las I.T.S.

Se han identificado más de treinta organismos que pueden transmitirse por la vía sexual, entre los que incluyen las bacterias, los virus, protozoos, hongos y parásitos. Las E.T.S. pueden dividirse en ulcerosas y no ulcerosas, curables e incurables. Las E.T.S. curables pueden tratarse con una medicación que detiene la enfermedad, pero que no mejora las secuelas permanentes de la infección. Las E.T.S. incurables son causadas por virus. Si bien no pueden curarse, pueden tomarse algunas medidas para ciertas E.T.S. virales con la intención de prevenir el desarrollo de la enfermedad o para aliviar los síntomas (O.M.S., 2010).

A continuación se presentan las E.T.S. mas frecuentes, según datos de la Organización Mundial de la Salud para el año 2010.

Cuadro 5

Infecciones de Transmisión Sexual mas frecuentes según la OMS.

INFECCION	ORGANISMO CAUSANTE	CLASIFICACION
Sífilis	*Treponema pallidum*	Bacteria
Gonorrea	*Neisseria gonorrea*	Bacteria
Clamidia	*Chlamydia trachomatis*	Bacteria
Chancro	*Haemophilis ducreyi*	Bacteria
Gardnerella	*Haemophilus vaginalis*	Bacteria
Herpes	Virus herpes simplex tipo 1 (VHS-1) Virus herpes simplex tipo 2 (VHS-2) Virus herpes humano tipo 8 (VHH-8)	Virus
Hepatitis B	Virus hepatitis B	Virus
Papiloma	Virus del papiloma humano (HPV)	Virus
SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	Virus

Fuente: Elaboración propia, con base en OMS, 2010.

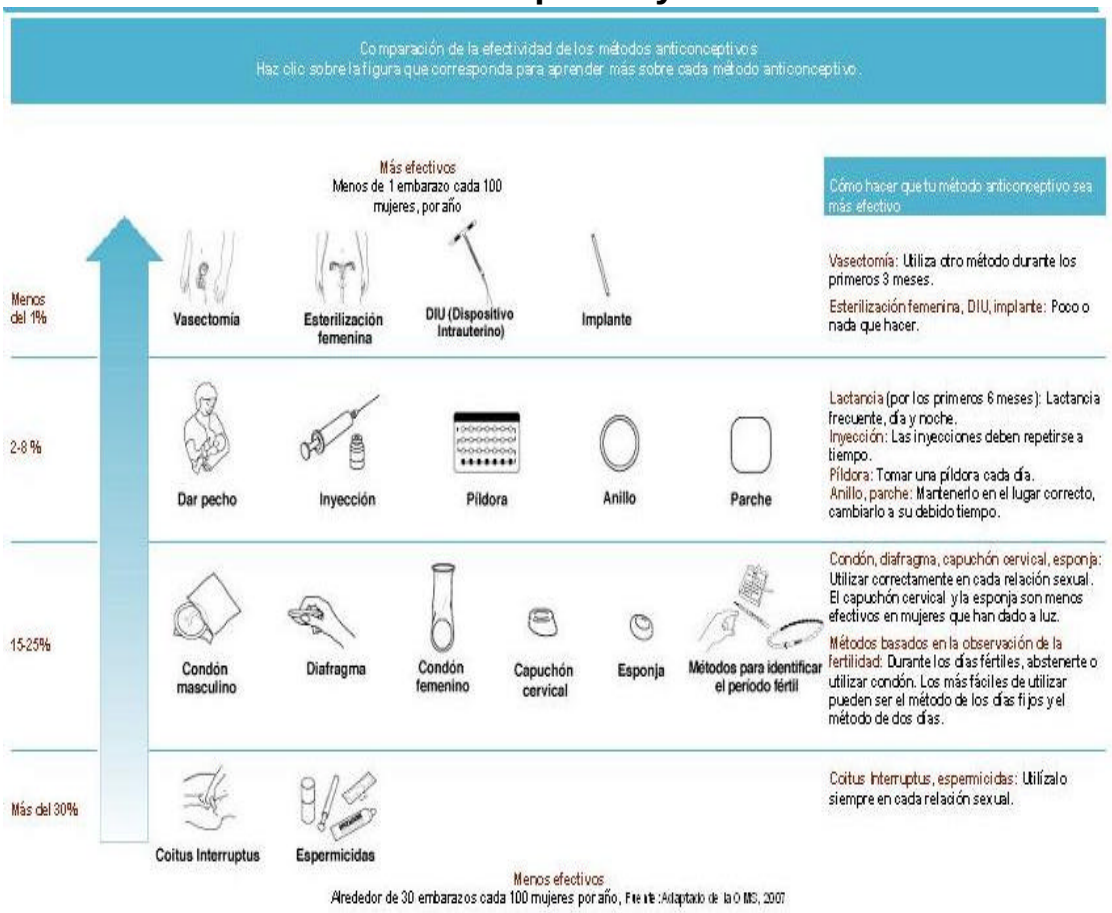
6.3.4. Métodos anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos son aquellos por medio los cuales las personas hacen uso responsable de una relación sexual, de forma tal que protegen el cuerpo humano de contraer enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.), así como de un embarazo no deseado.

A continuación se presentan los métodos anticonceptivos más utilizados, y su efectividad según la O.M.S., (citado por Planned Parenthood Federation of America Inc, 2007).

Cuadro 6

Métodos anticonceptivos y su efectividad.



Fuente: Planned Parenthood Federation of America Inc. Adaptado de la O.M.S. (2007).

6.3.5. Autoestima

La consciencia que cada sobre si mismo, de cuales son los rasgos de su identidad, cualidades y características más significativas de su manera de ser, aunado al aprecio y amor que se experimenta hacia la propia persona, y la relación que se mantiene con los propios intereses, creencias, valores y modos de pensar, es lo que se denomina como autoestima (Blas y Rojas, 2006).

Según el Programa de Atención Integral al Adolescente (P.A.I.A.) (2006) "*La autoestima es la valoración que cada persona tiene para sí misma*". Si la persona se considera valiosa tanto para ella misma como para quienes la rodean, su autoestima

será adecuada; si por el contrario, se siente una persona poco importante y poco productiva, se entiende que su autoestima es baja.

De esta manera se entiende la autoestima como un proceso de autovaloración, de la propia personalidad, de las actitudes y de las habilidades, que son los aspectos que constituyen la base de la identidad personal.

6.3.6. Violencia Intrafamiliar.

La Ley Contra la Violencia Doméstica N° 7586 (1997: 1) define la Violencia Intrafamiliar como *"[…] toda acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de guarda, tutela o curatela y que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial. El vínculo por afinidad subsistirá aun cuando haya finalizado la relación que lo originó*".

La violencia doméstica puede identificarse bajo los siguientes tipos (que se encuentran definidos en la Ley Contra la Violencia Doméstica N° 7586):

a) Violencia psicológica: es toda acción u omisión que denigre y/o controle la autonomía de una persona (ya sea sus acciones, creencias, comportamientos o decisiones) por diferentes medios como las amenazas, el control, la manipulación, acoso, aislamiento, humillación, violencia a otras personas, entre otros.

b) Violencia física: comprende cualquier acción u omisión que provoque un daño o arriesgue la integridad corporal de una persona.

c) Violencia sexual: incluye toda conducta sexual que se realiza en contra de la voluntad de una persona o en momentos en que esta no está en condiciones de brindar su consentimiento. En este caso se obliga a la persona a mantener un contacto sexualizado (ya sea físico o verba), o a participar en interacciones de tipo sexual mediante el uso de la fuerza (incluyendo amenazas, chantajes, coerción o cualquier acción que anule o limite la voluntad personal), de la misma manera es considerado como violencia sexual (de acuerdo con la Ley Contra la Violencia Doméstica), cuando

una persona obliga a otra a realizar alguna de las acciones antes planteadas con terceras personas.

d) Violencia patrimonial: corresponde a cualquier tipo de acciones u omisiones que dañen el patrimonio de una persona, como por ejemplo documentos personales, objetos, recursos, bienes inmuebles, entre otros.

e) Negligencia y carencia emocional: que corresponde a los comportamientos de descuido o abandono de personas que no pueden desenvolverse por sí mismas en algunas situaciones o que le impidan satisfacer sus necesidades básicas (como la alimentación, salud, vivienda, vestido, educación) (Ley contra la Violencia Doméstica N° 7586, 1997).

Estas son las diferentes formas en que se puede manifestar la violencia doméstica, sin embargo es importante mencionar que no son excluyentes entre sí, es decir se puede encontrar que una persona es víctima de todos los tipos de violencia.

6.3.7. Resiliencia.

Manciaux (2001) plantea que la resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves.

Casas y Campos (s.f.) señalan que la esencia de la resiliencia remite a la capacidad de las personas para afrontar la adversidad. La capacidad que tiene o puede desplegar la persona o grupo para resistir o afrontar situaciones adversas, sin una destrucción de sus posibilidades de desarrollo. Implica la posibilidad de sobreponerse y salir adelante después de haber sido sometidos a situaciones altamente estresantes o traumáticas.

De esta forma, se entiende la resiliencia como la capacidad de respuesta propia del ser humano, a través de la cual se generan respuestas adaptativas frente a situaciones de crisis o de riesgo. Esta capacidad deriva de la existencia de una reserva de recursos internos de ajuste y afrontamiento, ya sean innatos o adquiridos. Por lo tanto, la resiliencia refuerza los factores protectores y reduce la vulnerabilidad frente a las situaciones riesgosas.

6.3.8. Proyecto de Vida.

El proyecto de vida es una construcción personal, la cual se enfoca en una visión del futuro, que se va desarrollando a lo largo de la vida. Según I.N.A.M.U. (2009) los proyectos de vida, tanto en hombres como en mujeres, son procesos en construcción permanente, cambiantes y dinámicos, los cuales tienen como punto de partida la identidad que han construido las personas. De esta forma, las expectativas, realidades, sueños y conocimientos con que se construyen los proyectos de vida, dependen de los contextos socioculturales en que se desarrollen las personas.

Blas y Rojas (2006) señalan que un proyecto de vida hace referencia a la definición de objetivos y metas, y responde cuando menos a un qué, a un porqué y a un para qué. Implica la planificación de acciones a ejecutar para el alcance de objetivos, tomando en cuenta los diversos recursos con los que se cuentan.

Por su parte Baldivieso y Perotto (citado por Navarro, 2009) exponen que el proyecto de vida es el resultado nunca acabado de un proceso constructivo, realizado por la persona que utiliza oportunamente las posibilidades y alternativas concretas que le ofrece el ambiente en una cierta etapa de su vida. Dichos autores definen el proyecto de vida de la siguiente manera:

"*Un proyecto de vida es la acción siempre abierta y renovada de enfrentar y superar el presente y abrirse camino al futuro, buscando conquistar su propia vida y el mundo en que se vive. El proyecto oscila entre dos extremos que es importante tener en cuenta: uno que se caracteriza por asumir la predeterminación y la repetición como condiciones inamovibles, y otro que se define en el espacio de la posibilidad y la libertad para decidir y hacer. En el primer caso, en realidad, no existe proyecto de vida pues es el devenir mismo el que determina lo que seremos*". (Baldivieso y Perotto, citado por Navarro, 2009)

6.4. Referente Jurídico.

Para la propuesta de atención a la población adolescente embarazada se retomarán directrices legales, decretos y referentes tanto nacionales como internacionales que

intervienen en la atención a esta población, y que son al mismo tiempo, el marco de referencia para las acciones que se pretenden implementar.

Específicamente, se retomarán cuatro tratados internacionales, once leyes y políticas nacionales, importantes en la acción y ejecución de las acciones hacia la población de interés.

6.4.1. Política Nacional en relación con la población adolescente.

6.4.1.1. Constitución Política de Costa Rica.

Creada en 1949, la Constitución Política de Costa Rica, es el marco legal y jurídico del país, en el cual se establecen deberes y derechos tanto de los ciudadanos costarricenses así como del Estado. Para efectos de la propuesta se retomará principalmente el artículo N°55, en el cual se establece que la protección de la madre y del menor, estará a cargo de una institución autónoma denominada Patronato Nacional de la Infancia, con la colaboración de las otras instituciones del Estado (Constitución Política, 1949).

6.4.1.2. Código Penal de Costa Rica, Ley N° 4573.

El Código Penal de Costa Rica fue publicado en la gaceta N°. 257 de 15 de noviembre de 1970 como la Ley N°. 4573. De este documento se retomarán principalmente los artículos que hagan referencia a la imposición de penas y sanciones a las personas que se involucren sexualmente con menores de edad, específicamente los artículos N° 156, N°157, N°159 y N°161.

6.4.1.3. Código de la Niñez y Adolescencia.

Costa Rica ratificó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño el 21 agosto de 1990, esta convención es el marco del Código de la Niñez y la Adolescencia. Este mismo fue aprobado hasta el 6 de febrero del año 1998. Este documento es un referente importante en el tema de adolescentes embarazadas y la atención desde diferentes ámbitos que ellas deben recibir.

Para efectos de la propuesta, se retomarán únicamente 11 de los 195 artículos que lo componen. Los artículos que se resaltan son referentes a Políticas Estatales, a las competencias del Ministerio de Salud, como ente encargado de velar porque se verifique el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades, entre otros.

Es importante resaltar que el Código de la Niñez y la Adolescencia respalda algunos de los derechos con los que cuentan la población de niños, niñas y adolescente del país, estos son: derecho a la atención médica directa, obligatoria, inmediata y gratuita por parte del Estado, sin discriminación alguna. Igualmente está el derecho a la seguridad social, otorgado principalmente por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Este Código hace referencia también, a los servicios existentes para las personas menores de edad embarazadas, punto de interés en el desarrollo de esta propuesta; señala que "[…] *los centros públicos de salud darán a la niña o la adolescente embarazadas los servicios de información materno-infantil, el control médico durante el embarazo para ella y el niño o niña, la atención médica del parto y, en caso de que sea necesario, los alimentos para completar su dieta y la del niño o niña durante el período de lactancia***"** (Código Niñez y Adolescencia, 1998).

Por último, en este documento se establece también que se garantizará la protección integral de los derechos de las personas menores de edad en el diseño de las políticas públicas y la ejecución de programas destinados a su atención, prevención y defensa, por medio de las instituciones gubernamentales y sociales.

6.4.1.4. Ley de Paternidad Responsable N° 8101.

La Ley de Paternidad Responsable, fue publicada en la Gaceta N°81 del 27 de abril de 2001 y respalda a aquellas madres de hijos nacidos fuera del matrimonio cuyos padres no asuman sus responsabilidades como tales por voluntad propia.

Esta ley establece que:

"*La Caja Costarricense de Seguro Social tendrá la obligación de garantizar la cadena de custodia de la prueba, así como de comunicar al Registro Civil los resultados de la prueba. Si el presunto padre no se apersona o si se niega a llevar a cabo la prueba genética, procederá aplicar la presunción de paternidad y dará lugar para que así se declare, administrativamente, y se inscriba con los apellidos de ambos progenitores,*

*siempre y cuando la madre y el niño o la niña se hayan presentado a realizarse la prueba. Dicha declaración administrativa otorgará las obligaciones legales propias de la paternidad***"** (Ley de Paternidad Responsable, 2001: 2).

6.4.1.5. Ley Lactancia Materna N°7430.

En esta ley, creada en 1994, se contemplan los deberes de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el tema de lactancia materna, sin especificar en la población por grupo etario.

La ley establece que es obligación de la Caja Costarricense de Seguro Social promover la lactancia materna y realizar diversas actividades para estimularla y mantenerla durante el mayor tiempo posible. Para ello, deberá elaborar y entregar, material educativo para estimular la lactancia materna, a todas las mujeres embarazadas que asisten a la consulta prenatal. Brindar a las mujeres embarazadas, una guía para prepararse adecuadamente para la lactancia. Realizar acciones para que, se estimule la práctica de la lactancia materna. Además de ofrecer facilidades a las madres para amamantar a sus hijos hospitalizados (Ley Lactancia Materna N°7430, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1994).

Por otro lado, esta ley busca identificar a las embarazadas que, por su condición económica, son de alto riesgo y brindarles el apoyo necesario. Así mismo, ofrecer, en todos los hospitales donde exista sección materno-infantil, charlas sobre la lactancia materna y sobre las técnicas apropiadas de amamantamiento.

6.4.1.6. Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia (P.A.N.I.) N° 7948.

Creada en de 1996, la Ley Orgánica del P.A.N.I. constituye, junto con Código de la Niñez y la Adolescencia, el marco legal mínimo para la protección de los derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica. En sus 42 artículos establece los principios de acción y protección para las Personas Menores de Edad costarricenses.

De los artículos más importantes que resaltar para este propuesta están, en el artículo N°1, que establece el fin primordial del Patronato Nacional de la Infancia, el cual se constituye como la institución rectora en materia de infancia, adolescencia y familia, es el de proteger especialmente y en forma integral a las personas menores de edad y

sus familias, como elemento natural y pilar de la sociedad. En el siguiente artículo, la Ley N°7948, establece como principios del P.A.N.I., que es obligación del Estado Costarricense de reconocer, defender y garantizar los derechos de la infancia, la adolescencia y la familia. Así como, de velar por el interés superior de la persona menor de edad.

Finalmente, el artículo N°3 de la Ley 7948, hace referencia a los fines que tiene el Patronato Nacional de la Infancia, algunos de estos son:

1. Fortalecer y proteger a la niñez, la adolescencia y la familia dentro de los mejores valores tradicionales del ser costarricense.
2. Garantizar a las personas menores de edad el derecho de crecer y desarrollarse en el seno de una familia, sea biológica o adoptiva.
3. Estimular la solidaridad ciudadana y el sentido de responsabilidad colectiva para fortalecer, promover y garantizar los derechos y deberes de la niñez y la adolescencia.
4. Fortalecer, promover y supervisar las iniciativas y la participación de las organizaciones no gubernamentales, en la atención integral de la niñez, la adolescencia y la familia.
5. Dictar e implementar en coordinación con la sociedad civil y las instituciones estatales, las políticas en materia de infancia, adolescencia y familia.

6.4.1.7. Ley General de la Persona Joven, N°8261.

La Ley General de la Persona Joven, fue creada en la administración de Miguel Ángel Rodríguez Echeverría, en el año 2002, y contempla a la población de Adolescentes en los artículos N°4, N°5 y N°6. En esta ley se señala específicamente que en el sector salud los deberes del Estado Costarricense con las personas jóvenes son brindar atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que incluyan, como mínimo, farmacodependencia, nutrición y psicología.

En estos artículos señalados anteriormente, la ley establece el derecho de las personas jóvenes a la salud, la prevención y el acceso a servicios de salud que garanticen una vida sana. Asimismo, puntualiza como deberes del Estado, garantizar a

las personas jóvenes las condiciones óptimas de salud, trabajo, educación y desarrollo integral. En esa tarea participarán plenamente los organismos de la sociedad civil que trabajen en favor de la juventud, así como los representantes de los jóvenes que participan en el proceso que se señalan en esta Ley (Ley General de la Persona Joven, 2002).

6.4.1.8. Ley General de Protección a la Madre Adolescente, N°7735.

Creada en el 2002, esta ley es la encargada de regular todas las políticas, las acciones y los programas preventivos y de apoyo, que ejecuten las instituciones gubernamentales, dirigidos a adolescentes madres. En sus artículos N°4, N°9 y N°12, la Ley General de Protección a la Madre Adolescente, establece como fines de la misma, la atención integral de las adolescentes, en las clínicas, los centros médicos y comunidades. Además especifica que la Atención Integral a la Madre Adolescente debe ser dada por Centros de Atención de la Caja Costarricense del Seguro Social, en ésta, las clínicas y los Centros de Salud deberán, elaborar programas de atención integral para las madres adolescentes.

En esta misma ley se establece la cooperación institucional, en la cual, las instituciones estatales, principalmente la Caja Costarricense del Seguro Social, quedarán obligadas a proporcionar la ayuda necesaria a la población adolescente, en cuanto a atención médica gratuita a las madres adolescentes que la soliciten y a los hijos de ellas, aunque la adolescente no se encuentre afiliada, para tal efecto, dicha institución deberá expedir un carné provisional de asegurada.

6.4.1.9. Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica.

Para el año 2009 se construye una Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica por parte de organizaciones tales como la Rectoría del Sector Social y Lucha Contra la Pobreza, el M.I.D.E.P.L.A.N., el P.A.N.I., el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia y la U.N.I.C.E.F. Esta política establece la dirección estratégica del Estado costarricense en la efectiva promoción, respeto y garantía de los derechos humanos de todos los niños, niñas y adolescentes.

Este documento tiene como aspiración general:

"*Al 2021, Costa Rica espera haber alcanzado el nivel de una nación capaz de garantizar el pleno ejercicio de todos los derechos de la niñez y la adolescencia, y hacer de todo el territorio nacional un ambiente o entorno de protección integral, participación y desarrollo efectivo de los niños, niñas y adolescentes que lo habitan***"** (P.A.N.I.-U.N.I.C.E.F., 2009: 54).

6.4.1.10. Política Pública de la Persona Joven.

Para el 2010 el Consejo de la Persona Joven, el Viceministerio de Juventud y el Ministerio de Juventud y Deporte plantean la Política Pública de la Persona Joven cuya finalidad es **"**[…] *articular acciones para revertir los contextos que generan la exclusión y fortalecer la inclusión de las juventudes en la sociedad costarricense"* (Consejo Nacional de la Persona Joven, 2010: 17).

Esta es una política de inversión social, que incluye a la totalidad de la población joven que habita en Costa Rica, promoviendo políticas de afirmación positiva, respondiendo a todas las particularidades de la diversidad de actores jóvenes, desarrollando estrategias para la priorización de acciones sobre quienes viven en condiciones de rezago, exclusión, o vulnerabilidad, a fin de reintegrarles el ejercicio de sus derechos y alcanzar condiciones de equidad (Consejo Nacional de la Persona Joven, 2010).

El objetivo que se plantea esta política es **"***Crear oportunidades y condiciones para garantizar el ejercicio de los derechos y de la ciudadanía de las personas jóvenes, el desarrollo de sus potencialidades y su aporte al desarrollo nacional"* (Consejo Nacional de la Persona Joven, 2010: 24).

6.4.1.11. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021.

La Política Nacional de Sexualidad es una iniciativa del Ministerio de Salud de Costa Rica, impulsada hacia el 2021 cuyo propósito es **"***Que el Estado costarricense garantice y respete el acceso y ejercicio al derecho a una sexualidad segura, informada, corresponsable para todas las personas que habitan este país, como parte integral del derecho humano a la salud"* (Ministerio de Salud, 2010: 20).

Esta política se crea a través del reconocimiento de que cada Estado tiene la responsabilidad de crear las condiciones para que las mujeres y hombres a lo largo de

su ciclo de vida y según su nivel de desarrollo cuenten con el conocimiento, la autonomía y las habilidades para gozar de una buena salud sexual, de la misma forma en que se prioriza la educación integral de la sexualidad por parte del Ministerio de Educación Pública (Ministerio de Salud, 2010).

6.4.2. Política Internacional en relación con la población adolescente.

6.4.2.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, se configura como el ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción. (O.N.U., 2011.)

Esta declaración, hace referencia al tema de interés principalmente en su artículo N°25, donde propone que "*la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales*". Con ello, confirma a la población como actor importante en las acciones del Estado y en las intervenciones que se den hacia la misma.

6.4.2.2. Declaración de los Derechos del Niño.

Creada en 1959 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Declaración de los Derechos del Niño, es un instrumento de respaldo de los derechos de la población Menor de Edad en el mundo. Su artículo N°4, el cual establece que "[…] *todo niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal***"** (O.N.U., 2008), es uno de los de mayor relevancia para esta propuesta ya que retoma directamente la

atención de la madre y de su hijo o hija. Añade que el niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

6.4.2.3. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979, pero fue hasta el 3 de septiembre de 1981 que entró en vigencia como tratado internacional tras su ratificación por 20 países.

Se retomará de esta Convención, principalmente su artículo N°12, en éste se establece que los Estados que son partícipes de ésta, adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica. A fin de asegurar, la igualdad entre hombres y mujeres en el acceso a servicios de atención médica e inclusive los que se refieren a la planificación de la familia (Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, C.I.N.U., 2000).

Este convenio, propone además garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

6.4.2.4. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

La Convención sobre los Derechos del Niño, es el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante que incorpora los derechos humanos, tanto a nivel, civil, cultural, económico, político y social. Ésta se crea en 1989, momento en que dirigentes mundiales deciden que los niños y niñas debían de tener un lineamiento específico destinado exclusivamente a las personas menores de edad, a reconocerlos como sujetos y sujetas que precisan de cuidados y protección especiales (U.N.I.C.E.F., 2011).

Esta convención se divide en 54 artículos, y de ellos es necesario resaltar específicamente el N°6, N°24 y N°26, los cuales retoman directamente el derecho a la atención en salud que tienen las personas menores de edad.

6.5. Proceso Metodológico.

La presente propuesta de intervención se basa en cuatro ejes de acción: Atención, Capacitación, Investigación y Evaluación, siendo que estas se constituyen en pilares para la optimización de los procesos de trabajo profesional en los que se vincula Trabajo Social.

6.5.1. Eje de Atención.

6.5.1.1. Esquema Metodológico de la Intervención

Para desarrollar en forma práctica esta propuesta, se considera oportuno sustentarlo desde los Modelos Asistencial, Socio terapéutico y Socioeducativo Promocional, ya que éstos generan la posibilidad de potenciar los niveles de participación activa a partir del trabajo concreto con la población adolescente y busca desarrollar procesos de concientización y desarrollo de habilidades que les permita mejoras en su calidad de vida.

6.5.1.1.1. Técnicas a utilizar

Se desarrollarán técnicas correspondientes a cada uno de los modelos asistencial, socio terapéutico; o técnicas lúdicas y de animación sociocultural propias del Modelo Socioeducativo[19].

6.5.1.2. Primer momento: Captación de las adolescentes embarazadas.

Esta etapa refiere al ingreso de las adolescentes embarazadas a los centros de salud correspondientes al tercer nivel de atención, a través de interconsultas emitidas por los

[19] Ver Anexo N°14

diferentes servicios de Consulta Externa y Hospitalización para ser valoradas por el servicio de Trabajo Social de los hospitales seleccionados.

Es importante recalcar que se requiere un trabajo de coordinación oportuno entre los diferentes servicios de cada hospital, con el fin de agilizar la atención de la adolescente embarazada.

6.5.1.3. Segundo momento: Diseño del plan de intervención.

Esta fase de la intervención se constituye en una valoración inicial por parte de él o la profesional a la adolescente embarazada, con el fin de determinar la presencia de factores de riesgo, factores protectores, necesidades insatisfechas.

Se valoran situaciones de violencia sexual e intrafamiliar, se refiere al Comité de Estudio y Atención Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido y se procede a realizar la denuncia ante la Fiscalía de Delitos Sexuales. El propósito de este momento es construir un plan de intervención adecuado a las particularidades de las usuarias.

6.5.1.4. Tercer momento: Ejecución del Plan de Intervención.

Esta etapa corresponde a la ejecución del plan de intervención a través de procesos de trabajo profesional basados en el modelo asistencial, socioterapéutico o socioeducativo, los cuales se explican a continuación.

6.5.1.4.1. Modelo Asistencial

El modelo Asistencial, según Molina y Romero (2001), consiste en proveer un subsidio financiero y/o material, u ofrecer información a un sujeto individual o colectivo que plantea carencia en la satisfacción de sus necesidades vitales, y que para su satisfacción se demanda una acción institucional inmediata.

En el caso específico de la propuesta que se plantea, la intervención de los y las profesionales en Trabajo Social inicia a partir del momento en que las adolescentes evidencian directa e indirectamente la carencia o insuficiencia de satisfactores ante sus necesidades vitales. El o la profesional deberá investigar áreas significativas

relacionadas con los datos de la adolescente, y su entorno vital, relaciones de parentesco, ciclo vital familiar, condición socioeconómica y redes comunitarias; esto con la finalidad de identificar vínculos y recursos útiles en la construcción de opciones de solución.

Finalmente, corresponderá a los y las profesionales la evaluación de la situación y el proyecto de intervención para la adolescente, estableciendo un contrato verbal en el que él o la Trabajadora Social aporta la información sobre los procedimientos burocráticos de la asistencia social, activando las redes institucionales que posea[20] que permitan a la adolescente usuaria recibir los bienes o servicios requeridos para la satisfacción parcial o total de necesidades vitales o contingentes.

6.5.1.4.2. Modelo Socioeducativo – Promocional.

Siguiendo con el aporte de Molina y Romero (2001), el modelo socioeducativo promocional consiste en una acción educativa de información y formación a partir de problemas significativos para los actores involucrados.

Se pretende entonces que las adolescentes embarazadas reconstruyan su realidad y configuren estrategias de acción orientadas a participar en la toma de decisiones, para contribuir a transformar su realidad y con ello tener acceso a una mejor calidad de vida. Las y los profesionales en Trabajo Social deben articularse en la dinámica socio educativa, de manera que logren propiciar niveles de participación social activa y consecuentes con la magnitud y calidad de lo problematizado, con las potencialidades de las adolescentes embarazadas y con la posibilidad de movilización de recursos tanto de las usuarias, como institucionales y externos.

El modelo socioeducativo se apoyará en las acciones de concientización, movilización de recursos personales, grupales y del entorno, de la capacitación mediante el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan a las adolescentes participar efectivamente en la toma de decisiones, lograr el acceso a los servicios, organizarse según sus intereses; es decir, estimular, reorientar y fortalecer

[20] I.M.A.S, I.N.A, M.E.P entre otras instituciones que deben formar parte de la red de la o el profesional en Trabajo Social

esfuerzos colectivos tendientes a enfrentar problemas y situaciones comunes, con el propósito de mejorar la calidad de vida y promover un desarrollo con equidad para la mamá y la o el futuro bebé.

Se recomienda que, en caso de que el padre de la o el bebé se encuentre presente en el proceso de embarazo, se desarrollen procesos ya sea grupales o individuales con este, dirigidos a la construcción de una paternidad activa y responsable, y fortalecimiento de habilidades para hacer frente a los retos y conflictos que pueden presentarse en el nuevo rol de padre.

6.5.1.4.3. Modelo Socioterapéutico.

Este modelo es caracterizado por Molina y Romero (2001), por el manejo de las relaciones de los procesos comunicativos que generan tensiones entre el sujeto individual o colectivo y su ambiente. La finalidad es promover los cambios que el sistema requiera para recobrar el relativo equilibrio propicio para el desarrollo individual, familiar y grupal que se aspira y que es posible.

De acuerdo a la clasificación que realizaron las autoras, este modelo se centrará en la utilización del sub-modelo de Atención Socioterapéutica en Crisis, que está dirigido a resolver las consecuencias inmediatas de hechos que las personas pueden considerar como trágicos para sus vidas, pero que son situaciones temporales. En el caso específico de la atención de adolescentes embarazadas se abordará tres temáticas:

- Ideas de Autoeliminación.
- Secuelas de Abuso Sexual.
- Trastornos de la alimentación.
- Violencia Intrafamiliar.

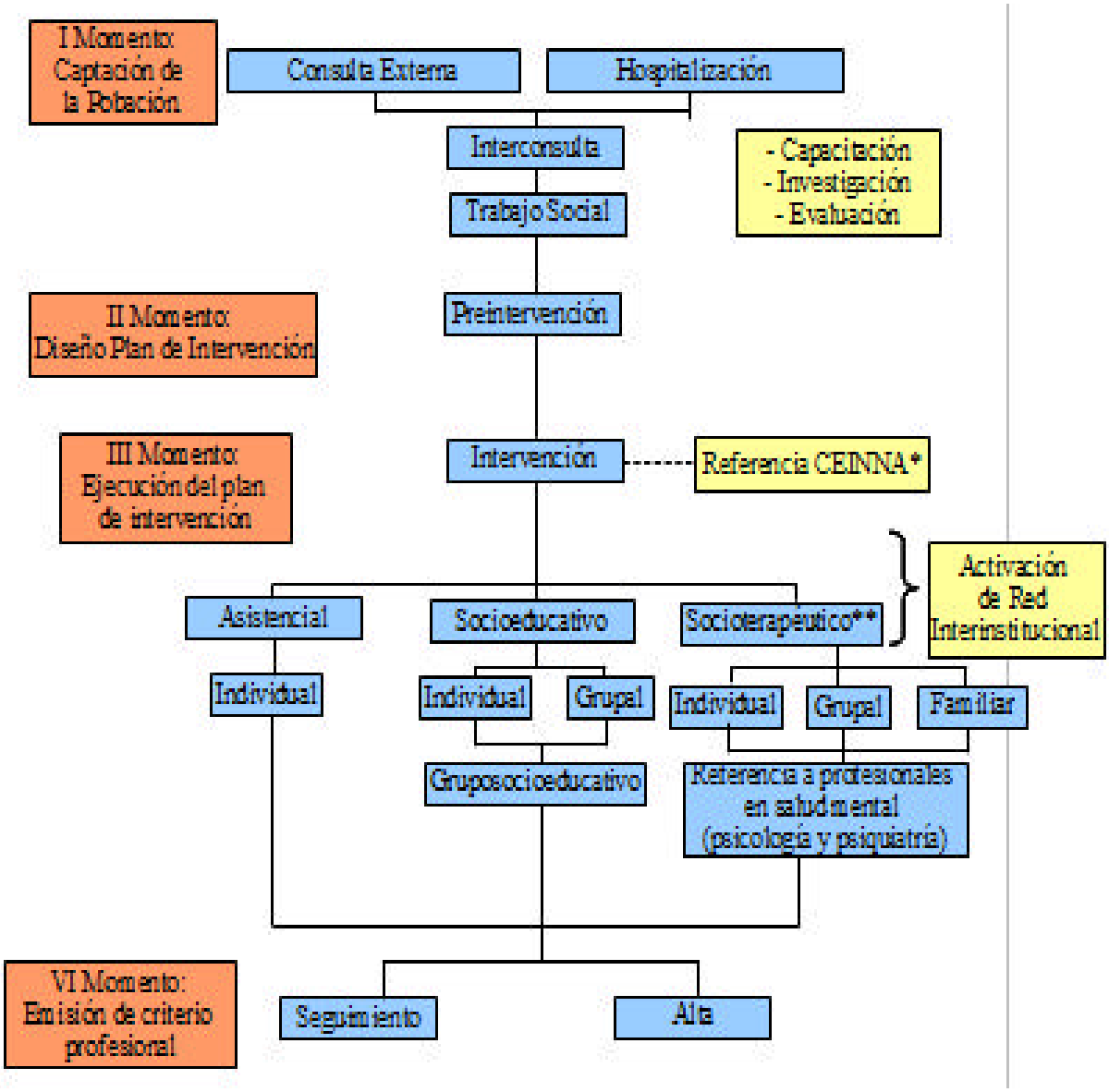
Importante rescatar que el abordaje de las temáticas anteriormente mencionadas no será exclusivo de las profesionales en Trabajo Social, sino que deberá brindarse atención interdisciplinaria a la usuaria, refiriendo a los servicios de Psicología o Psiquiatría de considerarse pertinente.

Del tercer momento es necesario destacar que el recurso del trabajo interdisciplinario en conjunto con el apoyo en una red interinstitucional (IMAS, PANI, MEP, INA, Fiscalía de Delitos Sexuales) es fundamental para brindar una atención integral a las adolescentes. Desde la perspectiva de trabajo social se entiende la importancia de la suma de esfuerzos de diferentes disciplinas, así como de otras instituciones con recursos distintos para lograr el cumplimiento óptimo de los derechos de las adolescentes y las satisfacción de sus necesidades así como las de su futuro hijo o hija, acorde con el cumplimiento de la política social dirigida a esta población.

6.5.1.5. Cuarto Momento: emisión del criterio profesional.

El último momento del eje de atención corresponde a la emisión de un criterio profesional que determina el fin del proceso de atención, o el seguimiento de la usuaria por medio de sesiones socioeducativas o terapéuticas, a nivel individual o familiar hasta dar de alta a la usuaria.

Esquema 5



21

6.5.3. Eje de Capacitación.

Este eje se constituye en una herramienta para estimular el crecimiento profesional a través del análisis y reflexión sobre el quehacer profesional. La capacitación del

[21] * La referencia al CEINNA se hacen en la totalidad de los casos de violencia sexual o intrafamiliar.

personal es la respuesta a la necesidad de la Institución de contar con profesionales actualizados y calificados para llevar a cabo sus procesos de trabajo, de manera que se contribuya en el desarrollo personal y profesional de las personas y a su vez se brinden servicios de calidad que ayuden a mejorar la calidad de vida de las usuarias.

Para la ejecución de este eje se propone establecer espacios de intercambio entre los y las profesionales de los cuatro hospitales estudiados, donde se expongan las investigaciones, programas, proyectos y propuestas en torno al tema de adolescentes embarazadas, con el objetivo de que las y los profesionales encargados de la atención a esta población, se mantengan actualizados en el fundamento teórico y metodológico de los procesos de atención.

Además es necesario que los y las profesionales se apoyen en la red interinstitucional, con el fin de enriquecer el conocimiento de los procesos de trabajo, a través de la capacitación en temas específicos, tales como opciones educativas para adolescentes embarazadas y madres, derechos humanos, legislación en el tema de embarazo adolescente.

Los y las profesionales, desde un rol de facilitadoras, podrían asumir procesos de sensibilización entre el personal de los hospitales, con el fin de eliminar el adultocentrismo, y mejorar la atención desde las diversas disciplinas que intervienen en el abordaje integral en salud de la adolescente embarazada.

6.5.4. Eje de Investigación.

La investigación constituye un eje transversal de los lineamientos de atención a la población adolescente embarazada desde los hospitales seleccionados, esto con el fin de que los procesos de atención se encuentren actualizados con la realidad que enfrentan las usuarias.

Se pretende que mediante la investigación, se revisen experiencias y se generen conocimientos en el campo de la atención del embarazo adolescente como tema de salud pública, desde una perspectiva que vele por resguardar la dignidad, integridad y el respeto de la vida humana, según las normas y pautas bioéticas establecidas.

Estos procesos deben constituir un canal de comunicación permanente con profesionales especializados en la temática, instituciones vinculadas al abordaje de esta población, y personas interesadas en esta rama de la salud desde todas las disciplinas. Esto con el fin de propiciar el mejoramiento de la salud y la calidad de vida, fortaleciendo la discusión en torno a los modelos y diversas perspectivas de atención a las adolescentes embarazadas cumpliendo con los principios de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia, que rigen la investigación desde la C.C.S.S.

6.5.5. Eje de Evaluación.

Uno de los elementos importantes dentro de esta propuesta de intervención, es la incorporación de un apartado que considere la evaluación de los programas y actividades realizadas con las adolescentes embarazadas en los distintos centros de salud. Lo anterior debido a que en la investigación realizada no se constató la existencia de instrumentos que evaluarán la atención brindada, ni la satisfacción de las demandas y necesidades de las adolescentes asistentes de los servicios.

Se entiende por evaluación, el proceso complejo que busca juzgar la viabilidad y la competitividad de programas, proyectos, etc. con la finalidad de generar información para utilizarse en la planificación y ejecución de estos. La etapa de evaluación, puede realizarse en las diferentes etapas de un proyecto, lo que permite realizar ajustes en el diseño o en el momento de su ejecución lo que permitirá determinar el nivel en el cual se lograrán los objetivos establecidos (Porras y otros, 2010: 6).

Para Thompson (2006) en la evaluación de proyectos, se busca conocer el impacto efectivo, positivo o negativo del proyecto. Además sirve para verificar la coincidencia de las labores ejecutadas con lo programado, procura determinar, de la manera más significativa y objetiva posible, la pertinencia, eficacia, eficiencia e impacto de actividades a la luz de objetivos específicos.

Siguiendo con esta autora, uno de los puntos principales en la evaluación consiste en identificar los aspectos del proyecto que fallaron o no, si estuvieron a la altura de las expectativas, y a partir de lo encontrado, se realiza un análisis de las causas que crearon esta situación, y se indaga sobre los aspectos exitosos, con el fin de poder reproducirlos en proyectos futuros.

Por lo anterior, es importante incorporar dentro de la atención a las adolescentes embarazadas, un proceso de evaluación de los proyectos o actividades, ya que contribuirá a conocer si las acciones que se realizan con la población son acorde a sus necesidades y se atienden sus principales demandas, además este proceso, permitirá conocer la efectividad y trascendencia de las acciones que se realizan con las adolescentes y sus hijos o hijas.

Se recomienda que cada servicio de Trabajo Social establezca los períodos en que sus programas, proyectos o cualquier forma de intervención dirigido a adolescentes embarazadas, sea evaluada contemplando las diversas etapas de implementación de las estrategias.

Es necesario que los procesos de evaluación contengan los siguientes rubros:

- Evaluación de contexto: análisis de la estructura institucional ante el desarrollo ante el modelo de intervención con adolescentes embarazadas.
- Evaluación del recurso: humano, material y financiero.
- Evaluación de procesos: fundamento técnico operativo acorde a las características de la población, un fundamento teórico metodológico orientado por los lineamientos de la política social, y un fundamento ético político vinculado a la exigibilidad de los derechos de la población adolescente embarazada.
- Evaluación de resultados: valoración del nivel de satisfacción de las usuarias y de sus necesidades, posterior a la intervención profesional.

Capítulo VII
Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

Sobre el primer objetivo de investigación que plantea recuperar los lineamientos que conforman la política social dirigida a la atención en salud de las adolescentes embarazadas en Costa Rica, y que dio como resultado la construcción de un fundamento jurídico, se concluye que:

- A pesar de que las profesionales en Trabajo Social entrevistadas mencionan varios lineamientos normativos en los cuales basan sus actividades vinculadas con la atención de adolescentes embarazadas, se encontró que desconocen la totalidad del marco jurídico existente en el país para la protección de esta población. Al mismo tiempo, las profesionales reconocen que existen leyes y normativas, sin embargo la falta de recursos financieros y de personal en las instituciones del Estado provocan que se incurra en el incumplimiento de rubros.
- Las profesionales reconocen que los cambios estructurales por los que atraviesa la Caja Costarricense del Seguro Social, de los cuales deriva la desaparición del Programa de Atención Integral al Adolescente que dictaba los lineamientos de atención de la población adolescente en la institución, dejó un vacío en cuanto a la gestión de política social, investigaciones, material informativo e iniciativas de abordaje para este grupo etario.
- Se encontraron diferencias en cuanto a la atención de la población de adolescentes embarazadas entre los cuatro hospitales investigados, esto a pesar de que todos los centros de salud responden a una misma política social e institucional. Las profesionales direccionan sus estrategias de intervención de manera distinta, por ejemplo, solo en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia se trabaja con la modalidad de Clínica del Adolescente; en el Hospital México no se utiliza el modelo de atención grupal; y los hospitales San Juan de Dios y Dr. Adolfo Carit Eva dan énfasis a la atención grupal socioeducativa.

El análisis de los procesos de trabajo profesional de Trabajo Social, que permitió develar puntos de encuentro, fortalezas y desafíos de la atención de población de adolescentes embarazadas, dio respuesta al segundo objetivo de la investigación y permitió concluir que:

- El embarazo en adolescentes es reconocido como un factor de riesgo dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social, por lo que todos los servicios médicos están en la obligación de referir los casos a los departamentos de Trabajo Social para su valoración correspondiente, este hecho favorece de manera importante la legitimidad de la profesión frente a otros profesionales de la salud, dada la importancia de incluir la perspectiva social para la atención integral de las usuarias.
- Las profesionales de Trabajo Social vinculadas a la atención de adolescentes embarazadas en los cuatro hospitales investigados, cuentan con apoyo y respaldo de las Jefaturas de Departamentos y las Direcciones Médicas para la ejecución de sus proyectos o estrategias de intervención, algunas de ellas lideran equipos de CEINAA y/o equipos de atención interdisciplinarios.
- No todas las profesionales tuvieron la misma disposición para colaborar con esta investigación, ya sea por caga laboral o por falta de interés, en ocasiones, esta situación dificultó el acercamiento a la realidad de los procesos de trabajo de las profesionales en trabajo social vinculadas a la atención de adolescentes embarazadas.

De la ejecución del tercer objetivo de la investigación, que dio como producto una propuesta de lineamientos para la atención de adolescentes embarazadas en los hospitales México, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios y Dr. Adolfo Carit Eva, se encontró que:

- No existe unificación de estrategias de intervención para la atención de la adolescentes embarazadas, si no que en cada Hospital se desarrollan diferentes actividades. Si bien en los cuatro centros de salud se utilizan los modelos de intervención de Trabajo Social (socioeducativo, socio-terapéutico y asistencial), no hay claridad en sus formas de ejecución, en sus fines, ni en sus alcances, evidenciando divergencias en la dimensión técnica-operativa.
- A pesar de que el Plan Estratégico Institucional 2007-2012 de la Caja Costarricense de Seguro Social contempla dentro de sus líneas de acción el estímulo de proyectos e iniciativas de investigación, capacitación y evaluación permanente de los procesos de trabajos, los cuatro hospitales investigados no ejecutan actividades de esta índole específicamente sobre el tema de la atención a adolescentes embarazadas.

- Por estas razones que dentro de la propuesta de lineamientos de atención a adolescentes embarazadas retomamos como elementos fundamentales: la unificación de procesos de intervención basados en el conocimiento y ejecución de los modelos de atención, y la puesta en practica de ejes de investigación a partir del conocimiento de la realidad de la población atendida, la capacitación y sensibilización permanente de los y las profesionales en salud vinculados a la atención de adolescentes embarazadas y la ejecución de procesos de evaluación con el fin de superar fallas y plantear mejoras en los servicios.

Del proceso investigativo en general se concluye:

- Existe un recelo profesional entre las trabajadoras sociales entrevistadas respecto a sus procesos de trabajo y los productos derivados de estos, lo cual se evidenció en la negación del acceso a ciertas actividades, documentos e instrumentos elaborados por algunas profesionales entrevistadas. Esta situación dio como resultado que para el caso del Hospital San Juan de Dios no se conociera la dimensión terapéutica de la atención a adolescentes embarazadas ya que la Trabajadora Social encargada se negó a participar de la investigación, y para el caso del Hospital México una profesional en Trabajo Social se negó a facilitar el Instrumento de Tamizaje, por lo que se conoce de su contenido solamente por medio de la observación del mismo.
- Dentro de la Caja Costarricense del Seguro Social existe una cultura institucional hermética para procesos investigativos, hecho que se evidenció en el largo proceso burocrático que atravesó la investigación el los comités de bioética de cada hospital estudiado. Dicho proceso tuvo una duración de más de cuatro meses, atrasando la investigación considerablemente.

7.2 Recomendaciones

Las recomendaciones presentes en este capítulo surgen del proceso de investigación desarrollado en los diferentes centros de salud; éstas pretenden ser el aporte de las investigadoras a los servicios de Trabajo Social de los diferentes hospitales estudiados,

con el fin de potenciar los procesos de trabajo de los y las profesionales y a su vez mejorar la calidad de atención a las adolescentes embarazadas.

7.2.1. En concordancia con la Ley General de la Persona Joven N°8261, es necesario fortalecer las estrategias dirigidas a la promoción de estilos de vida sexual saludables y prevención del embarazo en adolescentes, dando énfasis en la educación para la salud sexual y reproductiva, por medio del desarrollo de temas, tales como métodos de planificación y enfermedades de transmisión sexual, fortalecimiento de la autoestima, formulación de proyecto de vida, relaciones de pareja asertivas, derechos sexuales y reproductivos.

7.2.2. Los hospitales estudiados, como instituciones pertenecientes al tercer nivel de atención de la C.C.S.S deben hacer énfasis en las funciones asignadas a este nivel en relación a la adolescente embarazada, como lo son: la valoración y fortalecimiento de las redes de apoyo de la futura madre y su hijo o hija, la atención de situaciones de riesgo social y/o de salud, la denuncia y/o seguimiento de situaciones de abuso.

7.2.3. Se recomienda una mayor coordinación entre los tres niveles de atención, con el fin de mejorar la calidad de los servicios, reducir el gasto en recursos financieros y potenciar el recurso humano.

7.2.4. Se identifica que una forma de enriquecer los procesos de trabajo es la creación de espacios para compartir experiencias, formular propuestas, diseñar estrategias y unificar criterios para la intervención con las usuarias, entre los hospitales estudiados, con el fin de que se dé una mayor igualdad en los procesos de trabajo, en beneficio de la población.

7.2.5. Es importante discutir el papel de diferentes instituciones vinculadas a la atención de las adolescentes embarazadas. El P.A.N.I., Ministerio de Justicia, el M.E.P., el I.M.A.S., I.A.F.A. son instituciones que, mediante una red de apoyo, deben brindar herramientas e implementar programas o acciones que aborden las necesidades y demandas específicas de las adolescentes en su etapa de embarazo, así como también, crear estrategias dirigidas a proteger sus derechos y velar por su desarrollo integral.

7.2.6. Se plantea la conformación de un alianza estratégica entre profesionales de las instituciones anteriormente señaladas, con el objetivo de establecer canales de comunicación directa y agilizar los trámites que sean requeridos para la atención

integral de las adolescentes, esto implica la negociación previa de espacios de inserción a diferentes opciones educativas, programas de prevención del consumo de alcohol y drogas, el acceso a becas y ayudas socioeconómicas, y la respuesta pronta y oportuna por delitos de abuso sexual.

7.2.7. Es necesario brindar un servicio integrado donde exista un intercambio de criterios desde las diferentes disciplinas y se establezcan planes de intervención consensuados para el abordaje de las adolescentes.

7.2.8. El personal de Trabajo Social que atiende a las adolescentes embarazadas debe mantenerse en constante actualización, acerca de la existencia de diferentes leyes y políticas que se plantean en relación con la misma población, así como de los programas y proyectos que se llevan a cabo en las distintas instituciones, tanto en el ámbito de la salud como en otros. Lo anterior, con la finalidad de que las y los profesionales tengan un respaldo legal en cada una de sus acciones.

7.2.9. Las diferentes jefaturas de los Servicios de Trabajo Social, así como sus profesionales, deben jugar un papel protagónico en la formulación de programas, retomen la gestión de políticas sociales para la atención de adolescentes embarazadas, con el fin de mejorar los servicios brindados a las mismas, y fortalecer los procesos de trabajo por medio de la actualización y creación de protocolos de atención, esto mediante la sistematización y evaluación de programas y proyectos ya existentes, que permitirán contar con material de apoyo para generar propuestas de mejora de los servicios de atención y ampliación de la política social dirigida a adolescentes embarazadas.

7.2.10. A los procesos de atención existentes, se recomienda la incorporación de un abordaje técnico operativo sensibilizado en las particularidades de la población adolescente embarazada, enfocado en la utilización de técnicas adecuadas al nivel cognitivo de las usuarias que les facilite procesos de reflexión y concientización sobre las temáticas desarrolladas.

7.2.11. La prestación de servicios debe ir enfocada principalmente en la promoción y defensa de los Derechos Humanos, generando procesos socioeducativos que logren que las usuarias se reconozcan como mujeres, adolescentes y como adolescentes madres sujetas de derechos, empoderadas y libres de todo tipo de violencia.

7.2.12. A la Caja Costarricense de Seguro Social se recomienda socializar la propuesta de lineamiento de atención a la población adolescente embarazada con el fin de unificar procesos de intervención y brindar servicios que proporcionen una atención completa y satisfactoria para las usuarias.

7.2.13. Al gremio de Trabajo Social se recomienda diseñar, ejecutar y participar en procesos de actualización y capacitación permanente en conjunto con un acercamiento a la realidad de las usuarias de los servicios por medio de la investigación, con el fin de estar al corriente de nuevas tendencias, necesidades, demandas y la consecuente innovación de de estrategias de abordaje. Además a los y las trabajadoras sociales vinculadas a procesos de atención a adolescentes embarazadas se sugiere incursionar en la gestión de Política Social dirigida a esta población con el objetivo de ampliar los mecanismos de protección y defensa de derechos de este grupo etario.

7.2.14. A la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica se recomienda estimular la investigación de la temática del embarazo adolescente entre los estudiantes. Se propone que para complementar o dar continuidad de este estudio, es necesario abordar los siguientes temas:

- Procesos de trabajo profesional de Trabajo Social vinculados a la atención de adolescentes embarazadas desde el primer y segundo nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Construcción de un perfil socio-cultural de la adolescente embarazada en Costa Rica.
- Evaluación de la Política Social dirigida a la población de adolescentes embarazadas.
- Evaluación de los procesos de trabajo profesional de Trabajo Social vinculados a la atención en salud de las adolescentes embarazadas.

Bibliografía.

"XXXVIII Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud" (1996). En: "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana". Vol. 120, Nº 3, setiembre. Washington: O.P.S.

Alfaro, Amalia; Arce, Patricia; Conejo, Yamilet; Esquivel, Ana; Ramírez, Vilma (1994). "Funciones de Trabajo Social en la readecuación del modelo de atención del Sector Salud: una propuesta estratégica". Tesina. C.C.S.S.-U.C.R., C.E.N.D.E.I.S.S.S.

Alfaro, Braulio; Bustamante C., Xinia (2003). "100 años de salud: Costa Rica: siglo XX". Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica.

Álvarez-Gayou, Juan Luis (2003). "Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología". Paidós Educada.

Anderson, Jeanine (1994). "Feminización de la pobreza en América Latina". Red Entre Mujeres. Lima, Perú.

Arias, Gabriela (2006). "Un análisis de las políticas de Educación Integral de la expresión de la sexualidad humana y su relación con la prevención del embarazo adolescente". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Arriagada, Irma (2005). "Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género". En: Revista de la CEPAL N°85. Abril de 2005.

Ayala, Norma; Carvajal, Xinia; Cercone, James; Arce, Claudio (1999). "Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización CCSS". Curso especial de posgrado en Gestión Local de Salud. Módulo Uno. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (E.D.N.A.S.S.S.)

Ballestero, Marisol (2001). "Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar. Una Experiencia en la Escuela León Cortés Castro". Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. Sede Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Barrantes, Rodrigo (2006). "Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cuantitativo y cualitativo". San José, Costa Rica: Editorial E.U.N.E.D.

Bolaños, Cindy; Mena, Sofía; Myers, Bernadette. (2005). "Propuesta de Prevención del Embarazo en la Adolescencia con una Perspectiva de Género". Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. Alajuela, Costa Rica.

Bonilla, Luis; Díaz, Ana; Piedra, Gloriana; Guerrero, Adrián; Mora, Adriana; Castillo, Fráncel (2005). "Caracterización de los determinantes de la salud del sector 9 de la localidad de José María Zeledón, Curridabat, perteneciente al Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) de la Universidad de Costa Rica en convenio con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el año 2003". Seminario de Graduación para Optar por el Grado de Licenciatura en

Enfermería. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2010) "Plan Anual Operativo, Hospital México". San José, Costa Rica.

Camacho, Rosalia (1997). "La Maternidad como Institución del Patriarcado: Representaciones y Manifestaciones en Obreras del Sector Textil". Tesis para optar el grado de Magister Scientiae. Posgrado en Estudios de la Mujer, Universidad Nacional y Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Castro, María (1993). "Fundamento doctrinario de la emergencia, declaratorias, límites y alcances legales". Tesis para Optar por el Grado de Licenciatura en Derecho. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (1998). "Sexualidad en la Adolescencia: mirándolas y mirándolos desde otro lugar". Cuaderno N°2. Serie: Género, Adolescencia y Juventud. San José, Costa Rica.

Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (1998). "Maternidad y Paternidad: Las Dos Caras del Embarazo Adolescente". Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y La Familia. San José, Costa Rica.

Céspedes, Carmen; Céspedes, Xinia (2000). "Gestión de Políticas de Salud Sexual y Reproductiva, Desde los Servicios de Salud Dirigida a Población Adolescente Migrante en el Cantón de San Ramón". Tesis para optar por el grado de Maestría en Salud Pública Mención Gestión de Políticas de Salud. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Charlton, Delfina; Viales, Narcisa (1993) "Programa de Atención a la Adolescente Embarazada y Familia en la Clínica de Adolescentes del Hospital México". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Chaves, Zeidy; Delgado, Pamela (2002). "Relatos subjetivos de adolescentes embarazadas y/o con hijos o hijas sobre la atención de su salud durante el proceso de embarazo, parto y post-parto". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Cisterna, Francisco (2005). "Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en la investigación cualitativa". Revista Theoria, Vol. 14. Chile.

Coll, Ana (1998). "Embarazo en la adolescencia ¿Cúal es el problema?" En: "Protección, riesgo y vulnerabilidad". Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de las y los adolescentes. O.P.S.-O.M.S. San José, Costa Rica.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Oficina Regional para América Latina y el Caribe (2007). "Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y desafíos". En: Desafíos: Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, N°4, enero 2007.

Cordero, Allen y Gamboa, Nuria (1989) "Las redes de ayuda mutua como mecanismos de Sobrevivencia de los Sectores Urbanos Empobrecidos". Trabajo Final de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Sociología. Universidad de Costa Rica. Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Cordero, Allen; Gamboa, Nuria (1990). "La sobrevivencia de los más pobres". 1 ed. Editorial Porvenir Universidad Nacional. San José, Costa Rica.

Costa Rica (1949). "Nuestra constitución política: constitución política de la República de Costa Rica, 7 noviembre de 1949". Lehmann, 1978. San José, Costa Rica.

Costa Rica (1977). "Declaración de los Derechos del Niño". Instituto Interamericano de Derechos Humanos (I.I.D.H.). San José, Costa Rica.

Costa Rica (1988). "Declaración Universal de los Derechos Humanos". Organización de las Naciones Unidas. Departamento de Información Pública. San José, Costa Rica.

Costa Rica (1998). "Maternidad y Paternidad: Las Dos Caras del Embarazo Adolescente". Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Fondo de Población de las Naciones Unidas. San José, Costa Rica.

Costa Rica (2001). "Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres: Una Propuesta para su Construcción". Ministerio de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Caja Costarricense de Seguro Social y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. San José, Costa Rica.

Costa Rica (2001). "Plan Estratégico para la Atención de las Adolescentes". Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. Comisión de Atención Integral al Adolescente. San José, Costa Rica.

Costa Rica (2002). "Módulo Socioeducativo de Participación Social. Gerencia de División Médica-Sección de Trabajo Social". Caja Costarricense del Seguro Social. San José, Costa Rica.

Costa Rica (2007) "Protocolo de Atención Social a la Población Adolescente". C.C.S.S. Servicio de Trabajo Social, Hospital México

Costa Rica (2007). "Compendio Derecho a la Salud". Defensoría de los Habitantes de la República. San José, Costa Rica.

Costa Rica (2007). "Una CCSS renovada hacia el 2025". C.C.S.S. San José, Costa Rica.

Costa Rica (2009). "Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2021". Patronato Nacional de la Infancia, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. San José, Costa Rica.

Costa Rica (2010) "Protocolo de Atención Individual a la Mujer Adolescentes en Consulta Externa y Urgencias". C.C.S.S. Servicio de Trabajo Social, H.O.M.A.C.E.

Costa Rica (2010). "Plan Nacional de Salud 2010-2021". Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

Costa Rica (2010). "Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015". Ministerio de Salud de Belice, Ministerio de Salud y Deporte de Costa Rica, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Secretaría de Salud Pública

de Honduras, Ministerio de Salud de Nicaragua, Ministerio de Salud de Panamá, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana. San José, Costa Rica.

Costa Rica (2010). "Plan Anual Operativo 2010". Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva San José, Costa Rica.

Costa Rica (2010). "Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018". Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

Costa Rica (2010). "Política Pública de la Persona Joven". Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven, Fondo de Población de las Naciones Unidas San José, Costa Rica.

Costa Rica (2011). "Política Nacional de Sexualidad 2010-2021, Análisis de situación: propósito, enfoques, asuntos críticos y áreas de intervención de la política". Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

Costa Rica (2011). "Política Nacional de Sexualidad 2010-2021, Marco conceptual y normativo de la política". Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

Costa Rica (1995). "Informe Anual 1994". Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

Costa Rica (1996). "Informe Anual 1995". Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

Engels, Friedrich (1977). "El Origen de la Familia, de la Propiedad Privada y el Estado". Editores Mexicanos Unidos, México.

Esquivel, Freddy (2003). "Génesis-Reproducción del Trabajo Social en Costa Rica. Tomo 1". Tesis para optar por el grado de Magister Scientae en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Faleiros, Vicente de Paula (1980). "La Política Social del Estado Capitalista". Editora Cortez. Sao Paulo, Brasil.

Feito, Lydia (2007). "Problemas Bioéticos en el Inicio de la vida: Menores, Anticonceptivos y Aborto". En: "La Bioética en Educación Secundaria". Ministerio de Educación y Ciencia. Instituto Superior de Formación del Profesorado. Colección Aulas de Verano. Madrid, España. Pp. 93-117.

Fernández, Blanca (1990) "Pobreza femenina: una violencia desde la división sexual del trabajo", en Virginia Maquieira y Cristina Sánchez (comps.), "Violencia y sociedad patriarcal". Madrid, Editorial Pablo Iglesias, pp. 105-122.

Fuller, Norma (1998). "Identidad y maternidad femenina: relato de sus desencuentros". En: "Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de las y los adolescentes". OPS-OMS. San José, Costa Rica.

Garita, Carlos (2001). "La construcción de las masculinidades: un reto para la salud de los adolescentes". Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

Gogna, Mónica (2006). "Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para la política pública". UNICEF. Buenos Aires, Argentina.

Gómez, Marietta. (2004). "El impacto social del proceso de capacitación del subcomponente identidad del Programa Construyendo Oportunidades:

experiencia de MUSADE con las madres adolescentes del Cantón de San Ramón, Alajuela". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

González, Adriana (2007). "Incidencia del Programa Construyendo Oportunidades en el proyecto de vida de un grupo de adolescentes participantes". Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Sociología. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

González, Ligia; Sáenz, Mario (2004). "Prestación de servicios en el programa Cen-Cinai aspectos psicosociales: una experiencia en la Región Central Norte". Revista de Ciencias Sociales N° 103-104. Universidad de Costa Rica. Editora Universidad. San José. Costa Rica.

Guerra, Yolanda (1995). "La Instrumentalidad del Servicio Social" Editora Cortez. Sao Paulo, Brasil.

Guzmán, Laura (1997). "Embarazo y Maternidad Adolescentes y Paternidad: Lineamientos para una política nacional de prevención integral". Informe de Consultoría: Programa de Mujeres Adolescentes CEE, Centro Mujer y Familia. San José, Costa Rica.

Hernández, Francisca; Alvarado, Eva; Pineda, Elia (1984). "Metodología de la investigación: manual para facilitar su aplicación en el desarrollo de personal de salud". OPS, Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria. San José, Costa Rica.

Hernández, Roberto y Otros (1984). "Metodología de la Investigación". México: Mc Graw Hill.

Iamamoto, Marilda (2000). "La metodología en el Servicio Social: lineamientos para el debate". En: E. Borgianni y C. Montaño (Orgs). "Metodología y Servicio Social". Editora Cortez. São Pablo, Brasil.

Iamamoto, Marilda (2003). "El servicio social en la contemporaneidad". Cortez Editora. Brasil.

Lagarde, Marcela (1990). "Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas". México D.F., México: Colección Posgrado, Universidad Autónoma de México.

López, Kattia (2007). "Representaciones sociales acerca de la adolescencia: un estudio con población adolescente, madres, padres, docentes y funcionarios y funcionarias de salud en el cantón de Siquirres". Tesis para Optar por el Grado de Magíster en Salud Pública con Énfasis en Estudios de la Adolescencia y Juventud. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

MacDonald, Jessica (1999). "Atención integral a niñas y adolescentes embarazadas y madres en el cantón de Paraíso: un análisis de viabilidad del Programa Construyendo Oportunidades". Tesis para optar por el grado de maestría en Salud Pública. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Manciaux, M. (2001). "La resiliencia: resistir y rehacerse". Madrid. Gedisa, 2003.

Margulis, Mario; Cecconi, Sofía; Ferraudi, María (2003). "Juventudes, Cultura y Sexualidad: La dimensión cultural en la efectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires". Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina.

Martínez, José (s.f.). "La Adolescencia: Una Etapa En La Historia Natural Del Hombre".

Marx, Karl (1867) "El Capital: crítica de la economía política". 4 edición, Siglo Veintiuno Editores. México.

Mata, Virginia (1992). "Programa de atención integral a la adolescente embarazada y su familia, Hospital San Juan de Dios". Practica dirigida para Optar por el Grado de Licenciatura en Enfermería con Énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

McParlene, Diane; Rivera, Laura (2003). "Estrategias pedagógicas para el empoderamiento de adolescentes embarazadas y madres: sistematización del componente de fortalecimiento para la vida del Programa Construyendo Oportunidades". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Medeiros, Marcelo; Costa, Joana (2009). "Poverty Among Women in Latin America: Feminisation or Over-representation?". Working Paper No.20 (Brasilia: International Poverty Centre).

Menjívar, Rafael; Trejos, Juan (1992). "La pobreza en América Central". Editorial F.L.A.C.S.O. San José, Costa Rica.

Miranda Camacho, Guillermo (2006). "Hacia una visión hermenéutica crítica de la política educativa". Revista de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. p. 101-117. Vol. (I-II).

Mohs, Edgar (1983). "La salud en Costa Rica". Editorial de Universidad Nacional Educación a Distancia. San José, Costa Rica.

Molina, Iván; Palmer, Steven (2005). "Costa Rica del siglo XX al XXI: historia de una sociedad". Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.

Molina, María Lorena y Romero, María Cristina (2001). "Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en Trabajo Social". San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Monge, Angie; Murillo, Mariana. (2008). "Maternidad y paternidad responsables: un derecho de los niños, niñas y adolescentes de Costa Rica. Acercamiento a las experiencias del grupo de mujeres de la Oficina Local de la Mujer (OFIM) del cantón de La Unión". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Murillo, Carmen (2006). "Niños, Niñas y Adolescentes en el Limbo de la Nación costarricense". En: "Antología compilada para el curso de Atención Integral a la Adolescencia con Enfoque de Derechos". Comité de Capacitación y Educación del Hospital Nacional Psiquiátrico. Caja Costarricense de Seguro Social.

Naranjo, Hannia; Porras, Ivannia (2008). "La intervención de Trabajo Social en la atención de personas adultas en condición de abandono, en el Hospital San

Juan de Dios". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Navarro, Nancy (2009). "Las representaciones sociales de la condición de discapacidad causada por una enfermedad neurodegenerativa y su influencia en el proyecto de vida". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Porras, L; Baeza, A y Gómez, C (2010). "Investigación cualitativa". Documento inédito.

Netto, Jose Paulo (2000). "Método y Teoría en las diferentes matrices del Servicio Social". En Borgiani y otras: "Metodología y Servicio Social". Editora Cortez. Sao Paulo, Brasil.

Netto, José Paulo (2003). "Cinco Notas a propósito de la "cuestión social". En: Borgianni, y otros (Orgs) (2003). "Servicio Social Crítico: Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional". Sao Paulo, Brasil: Cortez Editora.

Netto, José Paulo (2006). "El orden social contemporáneo como desafío central". En Revista: Trabajo Social (2008). N° 74, Agosto. p.p. 31-46. Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Católica de Chile. Ponencia presentada en la 33 Conferencia Mundial de Escuelas de Servicio Social: Crecimiento y Desigualdad.

Organización Panamericana de la Salud (1999). "Planificación Participativa".

Quiroz, Ma Esthela (2003). "Hacia una didáctica de la investigación". Editorial Aula. México.

Reinharz, D. y otros (1997). "Las Políticas de Salud en el Umbral de la Reforma". Serie Políticas Sociales. U.N.I.C.E.F. San José, Costa Rica.

Rojas Madrigal, Carolina (2007). "Dimensión Terapéutica de Trabajo Social. Un análisis del surgimiento y desarrollo en cuatro instituciones pioneras". Tesis para optar por el grado académico de Maestría en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica.Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Rojas, Gwendolyne. (2003). "La red local del Cantón Central de San José en el desarrollo de la política de protección de los derechos de la niñez y la adolescencia: sus características, posibilidades y restricciones". Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, Sede Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

Rozas, Margarita (1998). "Una Perspectiva Teórico Metodológica en la Intervención Profesional en Trabajo Social". Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.

Treguear, Tatiana; Carro, Carmen (1992). "Adolescentes Embarazadas en Riesgo Social, un estudio diagnóstico". Patronato Nacional de la Infancia-UNICEF. San José, Costa Rica.

Vallés, J. (2004) "Ciencia política: Una introducción". Barcelona: Editorial Ariel. Capítulo 2. ¿Qué es el poder político?

Valles, Miguel (2000). "Técnicas Cualitativas de Investigación. Reflexión metodológica y práctica profesional". Madrid, España, Editorial Síntesis.

Vasconcelos, E. (2000). "Estado y políticas sociales en el capitalismo: un abordaje marxista". En La Política Social Hoy.

Yazbek, Carmelita (2000). "Políticas Sociales y asistenciales: estrategias contradictorias de gestión estatal de la pobreza de las clases subalternas". En Montaño, C (2000) "La Política Social Hoy". Sao Paulo: Cortez Editora.

Referencias Electrónicas.

"Biologia. Desafios. Derechos De Los Adolescentes". Disponible en www.uv.es

Alfaro, Amalia; Arce, Patricia; Conejo, Yamilet; Esquivel, Ana; Solís, Vilma (1994). "Funciones de Trabajo Social en la Readecuación del Modelo de Atención del Sector Salud: Una Propuesta Estratégica". Obtenido de la página principal de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, disponible en http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000358.pdf

Beuchot, Mauricio (1997). "Tratado de Hermenéutica Analógica". México: U.N.A.M. Edición digital disponible en: http://ensayo.rom.uga.edu/critica/teoria/beuchot/

Buaiz, Yuri (2005). "La doctrina para la protección integral de los niños: aproximaciones a su definición y principales consideraciones". Oficina de Derechos del Niño/U.N.I.C.E.F. Disponible en: www.ministeriodesalud.go.cr

Caja Costarricense de Seguro Social; Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social; Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud; Universidad de Costa Rica (2004) "El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades". Obtenido de la página principal del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, disponible en http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf

Calderón, Javier (2008). "De la Doctrina de la Situación Irregular a la Doctrina de la Protección Integral: La hegemonía del interés superior del niño". Disponible en: escribiendoderecho.blogspot.com

Centro de Información de las Naciones Unidas (2000). "Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer". Obtenido de la Página Principal del CINU, disponible en http://www.cinu.org.mx/temas/mujer/conv.htm

Centro de Información de las Naciones Unidas (2000). "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales". Obtenido en la Página Principal del CINU, disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

CEPAL (2002) "Propuesta de Indicadores de Paternidad Responsable". Disponible enhttp://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/11129/L542.pdf

Chant, Sylvia; Jaén Hernández, Enid; Castellón Zelaya, Luis; Rojas Saborío, Roberto (2007). "La 'Femenización de la Pobreza' en Costa Rica ¿Un Problema para las Mujeres y los Niños?". Obtenido de la página principal del Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica, disponible en http://www.anuario.ucr.ac.cr/20-04-10/08-CHANT.pdf

Costa Rica (2011) "Total de nacimientos por edad de la madre, según provincia". Instituto Nacional de Estadística y Censos. Disponible en: www.inec.go.cr

Cruzat, C y Aracena, M. (2006) "Significado de la Paternidad en Adolescentes Varones del Sector Sur-Oriente de Santiago". Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid= S0718-22282006000100003&script=sciarttext

D´Agostino, Francesco (s.f.) "Pobreza y desigualdades sociales: Un debate obligatorio en salud oral". Obtenido en la página principal de monografías.com. Disponible en http://www.monografias.com/trabajos904/pobreza-desigualdades-debate/pobreza-desigualdades-debate.shtml

Díaz, Marco; Garita, Carlos; Sequeira, Minor; Campos, Mauricio; Muñoz, Paula (2005). "Bases Programáticas: Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S.". Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Departamento de Salud Integral de las Personas, Programa de Atención Integral a la Adolescencia. San José, Costa Rica. Disponible en www.binasss.sa.cr

Hernández, Manuel (s.f.) "Estructura social y desigualdades en salud". Obtenido de la página principal de la Federación Española de Sociología, disponible en http://www.fes-web.org/publicaciones/res/archivos/res02/06.pdf

I.N.A.M.U. (2009). "Construcción de identidades y proyectos de vida autónomos: Una apuesta desde la niñez y la adolescencia". Disponible en www.inamu.go.cr

IMPPARES (s.f). "Diccionario". Obtenido de la página principal de IMPPARES: www.inppares.org.

Instituto Nacional de la Mujer (2003). "Programa Construyendo Oportunidades, Costa Rica". Disponible en http://www.comminit.com/es/node/32975.

Krauskopof, Dina (1999). "El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios". En: http://www.binasss.sa.cr /revistas/ays/1n2/0517.html. Consultada el 07 de octubre de 2010.

La Asamblea Legislativa (1997). "Ley Contra la Violencia Doméstica". Disponible en www.asamblea.go.cr

La Asamblea Legislativa De La República De Costa Rica (1996). **"**Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia". Obtenido de la Página Principal de la Procuraduría General de la República, disponible en http://www.pgr.go.cr

La Asamblea Legislativa De La República De Costa Rica (1998). "Código de la Niñez y la Adolescencia". Obtenido de la Página Principal de www.protegiendoles.org, disponible en http://www.protegiendoles.org/documentacion/articulo23.pdf

La Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (2002). "Ley General de la Persona Joven Nº 8261". Obtenido de la Página Principal de www.ascap.cr

La Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (s.f.). "Ley General de Protección a la Madre Adolescente Ley N°7735". Obtenido de la Página principal del Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven, disponible en http://cpj.go.cr/docs/derechos/madre-adolescente.pdf

Londoño, Argelia. (1992) "Memoria del seminario subregional sobre violencia contra la mujer" – OPS. Nicaragua. Disponible en www.ops.org

Maroto, Adriana (2004) "Derechos Sexuales y Reproductivos en Costa Rica". Asociación Demográfica Costarricense. San José, Costa Rica. Disponible en: http://www.redeser.org/informe_resultados_asociacion.pdf

Ministerio de Salud (1994). "Fomento de la Lactancia Materna". La Asamblea Legislativa De La Republica De Costa Rica. Obtenido de la Página Principal del Ministerio de Salud, disponible en http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/ley_n_7430.pdf

Ministerio de Salud; Caja Costarricense de Seguro Social; Organización Panamericana de la Salud; Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (2004) "Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica". Obtenido de la página principal de la Biblioteca Virtual de Salud, disponible en http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf

Moreno, Zully; Ledesma Luis (2007). "Aplicación del Análisis Basado en Género al Programa de Atención Integral a las Adolescentes Embarazadas en el Hospital de las Mujeres". Ponencia para el IV Congreso Internacional - VII Congreso Nacional de Trabajo Social. San José, Costa Rica, 5 a 7 de setiembre de 2007. Disponible en www.trabajosocial.or.cr

Oiberman, A (2003) "Material utilizado para curso de doctorado". Universidad de Palermo. Disponible en http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf /Psico5/5Psico%2001.pdf

Organización Mundial de la Salud (1946). "Constitución de la Organización Mundial de la Salud". Obtenido de la Página Principal de World Health Organization, disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (1946). "Definición de Salud". Obtenido de la Página Principal dela Sociedad Argentina de Pediatría, disponible en http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se_petroff.pdf

Organización Mundial de la Salud (1946). "Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud". Disponible en www.who.int

P.A.I.A. (2006). "Autoestima". Disponible en www.binasss.sa.cr

Pérez, Amaia (2003). "Feminización de la pobreza: Mujeres y recursos económicos". En: Materiales de reflexión, N°3 abril 2003. Obtenido de la Pagina principal de Confederación General del Trabajo (CGT), disponible en http://www.cgt.org.es

Prada, Grace (2001). "Mujeres, Pobreza y Equidad de Género". Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica. Obtenido de la página principal de la Universidad de Barcelona, disponible en http://www.ub.edu/cdona/Lectora_07/MISCEL%C1NEA/Grace%20Prada_%20Mujeres%20pobreza%20y%20equidad%20de%20genero.pdf

Programa de Coordinación en Salud Integral (P.R.O.C.O.S.I.) (s.f.). "Concepto Salud Integral". Obtenido de la página principal del Programa de Coordinación en Salud Integral, disponible en http://www.procosi.org/calidad/files/ducumentos_normativos/concepto_salud_integral.pdf

Senado, Justo (1998). "Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad". Obtenido de la Página Principal de la Biblioteca Virtual en Salud de Cuba, disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi19499.htm

Thompson, Mónica (2006). "Evaluación de Proyectos: Concepto". Artículo en línea publicado en Setiembre 2006, disponible en: www.promonegocios.net

U.N.I.C.E.F. (1989). "La Convención sobre los Derechos del Niño". Obtenido de la Página Principal de U.N.I.C.E.F., disponible en http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_textocdn.pdf

Artículos de periódico consultados.

Díaz, Luis Ed. (2010, 13 agosto). "Una niña menor de 14 años da a luz cada día". La Nación. Recuperado octubre, 21 de http://www.nacion.com/2010-08-13/ElPais/NotasSecundarias/ElPais2481988.aspx

Mata B, Alonso (2010, 24 julio) "Embarazos golpean más en 27 colegios de zonas marginales". La Nación, Recuperado octubre, 21 de http://www.nacion.com/2010-07-24/ElPais/NotaPrincipal/ElPais2458377.aspx

Entrevistas.

Sánchez, Esther (2011). Jefa de registros médicos del Área de Salud, Goicoechea 1. Realizada el 6 de enero de 2011.

Msc. Margouri Gamboa (2012). Enfermera Obstetra de H.O.M.A.C.E. Realizada el 16 de febrero de 2012.

Mba. Zully Moreno (2012). Jefa del Departamento de Trabajo Social de H.O.M.A.C.E. Realizada el 22 de febrero de 2012.

Licda. Ericka Obando Castro (2012). Trabajadora Social de H.O.M.A.C.E. Realizada el 23 de febrero de 2012.

Licda. Hannia Naranjo (2012). Trabajadora Social, Consulta Externa, Hospital México. Realizada el 24 de febrero del 2012.

Licda. Carmen Jiménez (2012) Trabajadora Social, Hospitalización Gineco-Obstericia, Hospital México. Realizada el 29 de febrero del 2012.

Msc. Nolbertina Salazar (2012) Trabajadora Social, directora del departamento de Trabajo Social del hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Realizada el 09 de Febrero del 2012.

Licda. Sue EllenSequeira (2012) Trabajadora Social de hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Realizada el 20 de Febrero del 2012.

Msc. Bernardita Zeledón (2012) Trabajadora Social, de hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Realizada el 29 de Febrero del 2012.

Msc. Sara Torres, (2012) Enfermera Obstetra Clínica del Adolescente Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Realizada el 05 de Marzo.

Anexos

Anexo 1

Guía de Observación no participante.

Fecha:
Centro de salud:
Tipo de intervención:
Profesional a cargo:

-Participantes

-Caracterización de la(s) participante(s)

-Recursos y materiales.

-Tema abordado.

-Relación Profesional-Usuaria.

-Descripción de la Intervención.

-Resultado de la Intervención.

-Acuerdos, pendientes o tareas.

-Interrogantes.

Anexo 2

Guía de entrevista semi-estructurada a profesionales de Trabajo Social relacionada con el tema de atención en salud dirigida a adolescentes embarazadas en el centro médico.

Población a la que se dirige: Profesionales de Trabajo Social que participan en procesos de atención a adolescentes embarazadas.

La información que se proporcione, se utilizará en nuestro Trabajo Final de Graduación, que se está elaborando en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, y será utilizada con total confidencialidad por parte de las investigadoras.
La serie de preguntas abiertas a continuación tiene como propósito servir de guía de la conversación, sin pretender restringir ni privar de otras que surjan en medio de la entrevista a raíz de la información proporcionada. Se agradece de antemano la colaboración brindada.

Nombre de la persona entrevistada:

Puesto que ocupa:

Centro de salud:

1. En promedio, ¿Cuántos casos de adolescentes embarazadas o madres adolescentes se atiende por mes en este centro de salud?
2. ¿Cuál es su percepción sobre la situación de embarazos adolescentes en Costa Rica?
3. ¿En qué procesos de la atención a la adolescente embarazada participa?
4. ¿En qué consisten dichos procesos?
5. ¿Cuál es el papel de Trabajo Social en dichos procesos?
6. ¿Quiénes participan en esos procesos?
7. ¿Qué caracteriza a las adolescentes embarazadas que acuden a este centro de salud?
8. ¿Cuáles son las necesidades, demandas y/o problemáticas sociales que afectan a las adolescentes embarazadas se atienden bajo esos procesos?
9. ¿En qué consiste la atención integral a las adolescentes embarazadas?
10. ¿Qué prioridad tiene esta población en la institución?
11. ¿Cuál es el marco legal-político en el que se ampara la atención a la adolescente embarazada desde el centro de salud?
12. ¿Considera que existen vacíos en la política social dirigida a esta población?
13. ¿Cuáles son las limitaciones de la atención a las adolescentes embarazadas en la atención brindada desde este centro de salud?
14. En su opinión, ¿Qué mejoras requiere la atención a las adolescentes embarazadas en sus diferentes procesos desde este centro de salud?

Anexo 3

Guía de entrevista semi-estructurada a profesionales de la salud, relacionada con el tema de atención en salud dirigida a adolescentes embarazadas en el centro médico.

Población a la que se dirige: Profesionales de la salud que participan en procesos de atención a adolescentes embarazadas.

La información que se proporcione, se utilizará en nuestro Trabajo Final de Graduación, que se está elaborando en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, y será utilizada con total confidencialidad por parte de las investigadoras.

La serie de preguntas abiertas a continuación tiene como propósito servir de guía de la conversación, sin pretender restringir ni privar de otras que surjan en medio de la entrevista a raíz de la información proporcionada. Se agradece de antemano la colaboración brindada.

Nombre de la persona entrevistada:
Puesto que ocupa:
Centro de salud:

1. En promedio, ¿Cuántos casos de adolescentes embarazadas o madres adolescentes se atiende por mes en este centro de salud?
2. ¿Cuál es su percepción sobre la situación de embarazos adolescentes en Costa Rica?
3. ¿En qué procesos de la atención a la adolescente embarazada participa?
4. ¿En qué consisten dichos procesos?
5. ¿Cuál es su papel en el desarrollo de dichos procesos?
6. ¿Considera necesario otro tipo de intervención? ¿Cómo cuál?

Anexo 4

Guía de entrevista semi-estructurada a profesionales de Trabajo Social relacionada con el tema de Políticas Social en salud dirigida a adolescentes embarazadas en Costa Rica.

Población a la que se dirige: Jefaturas de los departamentos de Trabajo Social y/o profesionales en Trabajo Social a cargo de la población adolescente embarazada atendida.

La información que se proporcione, se utilizará en nuestro Trabajo Final de Graduación, que se está elaborando en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, y será utilizada con total confidencialidad por parte de las investigadoras.

La serie de preguntas abiertas a continuación tiene como propósito servir de guía de la conversación, sin pretender restringir ni privar de otras que surjan en medio de la entrevista a raíz de la información proporcionada. Se agradece de antemano la colaboración brindada.

Nombre de la persona entrevistada:
Puesto que ocupa:
Centro de salud:

1. ¿Cómo se ha comportado el fenómeno del embarazo adolescente en los últimos años? (ha disminuido, aumentado, o se ha mantenido).

2. De manera general, ¿en qué consiste la atención a la adolescente embarazada en este centro de salud?

3. ¿Existen protocolos o guías formales de atención a la adolescente embarazada?

4. ¿En cuáles de esos procesos de atención participa Trabajo Social?

5. Desde Trabajo Social, ¿Existen programas o proyectos de atención a las adolescentes embarazadas? ¿En qué consisten?

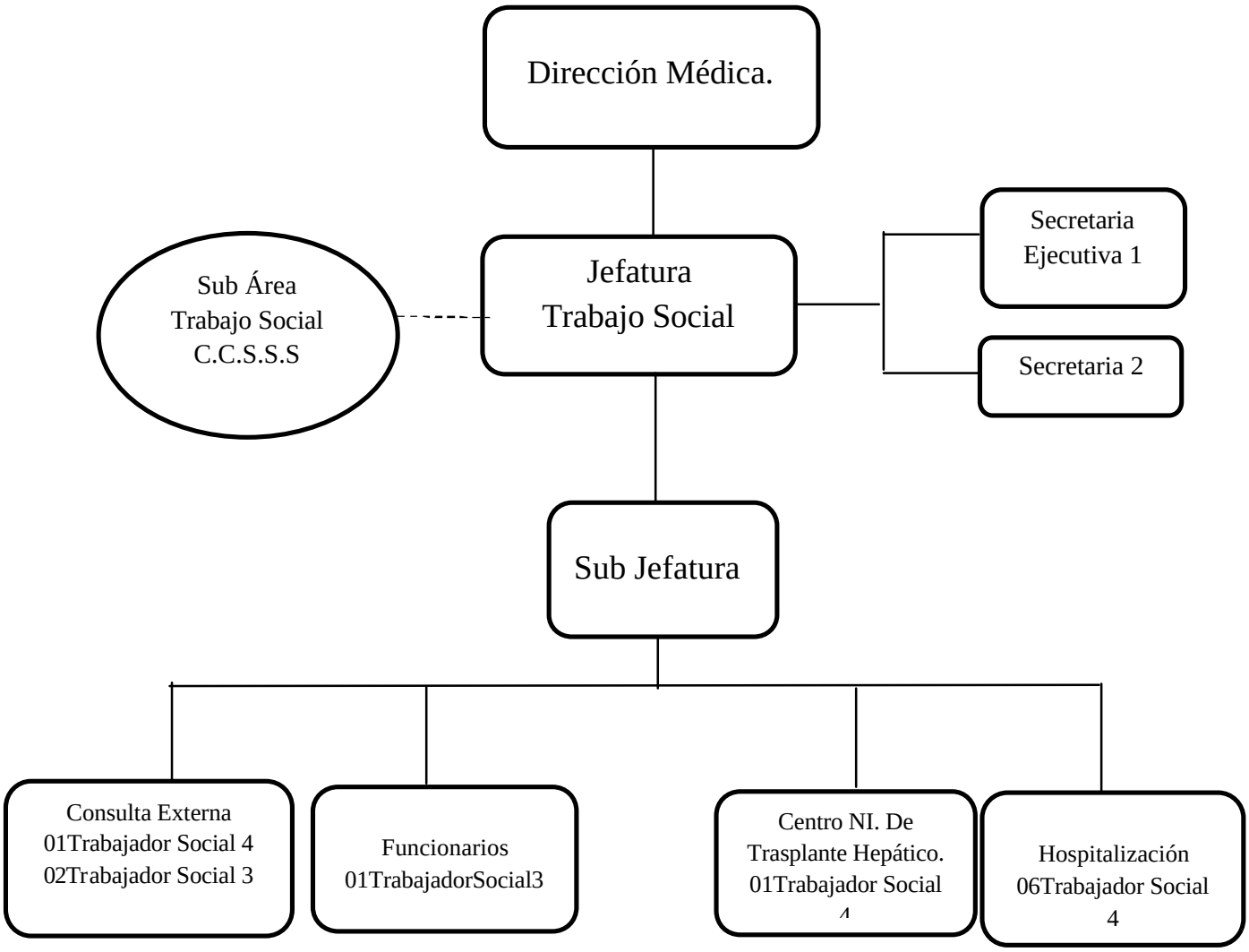
6. ¿Cuáles son los alcances y los obstáculos en la atención a las adolescentes embarazadas desde el éste centro de salud?

7. ¿Reconoce vacíos en la política social dirigida a adolescentes embarazadas? ¿Cuáles?

Anexo 5

Organigrama

Servicio de Trabajo Social – Hospital México.



Anexo 6

Caja Costarricense de Seguro Social
Programa Atención Integral a la Adolescencia
Centro:

INSTRUMENTO DE TAMIZAJE PARA ADOLESCENTES

Llenar por todas y todos los adolescentes

Nombre		Número de Expediente
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo Masculino Femenino
Domicilio		

Estimado(a) adolescente:

El Programa Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, busca ayudarte a crecer en todos los aspectos de tu vida.

Para ello, creemos que es muy importante que todas las y los adolescentes reflexionen sobre su salud, y en caso de algún problema, puedas ser atendido(a) en el momento que lo requieras.

Contesta todas las preguntas que presentamos a continuación, marcando con una (x) el cuadrito contiguo a la respuesta que consideras se aplica mejor a tu situación. Tus respuestas **serán confidenciales** y solo serán vistas por el personal de salud que va a brindarte la ayuda que puedas necesitar. No permitas que **nadie más observe** o te sugieran las respuestas, si alguien está cerca por favor aléjate hasta que estés seguro(a) de que **nadie verá** tus respuestas.

Agradecemos tu confianza e interés.

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS, MALAS, CORRECTAS O INCORRECTAS. TODAS SON IMPORTANTES

1. Te dedicas a: *Solo estudiar* *Estudiar y trabajar* *Trabajar recibiendo salario o pago por tu trabajo* *Trabajar en tu hogar* *Estás desocupado*	2. Tus relaciones familiares son: *Buenas* *Regulares* *Malas*
3. ¿Has perdido alguna vez un año de escuela o colegio? *No* *Sí, un año solamente* *Sí, dos años o más*	4. ¿Con qué frecuencia habl de tus problemas o dudas con tus familiares cercanos? *Siempre* *A veces* *Casi nunca* *Nunca*
5. ¿Tienes algún amigo(a) con quien podás hablar de tus problemas, inquietudes o preocupaciones? *Sí* *No*	6. ¿Te has sentido deprimido frecuentemente durante el último mes? *Sí* *A veces* *Casi nunca* *Nunca*

7. ¿Has tenido deseos de morirte, hacerte daño o matarte durante los últimos doce meses? *Si* *No*	8. ¿Has intentado suicidarte alguna vez? *Si* *No*
9. ¿Has fumado al menos un cigarrillo diario durante los últimos tres meses? *Si* *No*	10. ¿Te has emborrachado, aunque sea una vez durante los últimos seis meses (3 o más cervezas o tragos pequeños)? *Si* *No*
11. ¿Has probado otras drogas como marihuana, crack (piedra), cocaína, pastillas estimulantes u otras drogas inhalantes? *Si* *No*	12. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales (tocamientos, penetración anal, penetración vaginal, sexo oral)? *Si* *No (Si marca **No** pase a la pregunta 16)*
13. Durante los pasados seis meses ¿Con cuantas personas has tenido relaciones sexuales? *1 persona solamente* *2 personas* *3 ó más personas*	14. En todas las relaciones sexuales que has tenido, ¿Vos o tu pareja usaron condón? *Si* *No*
15. ¿Has tenido relaciones sexuales a cambio de dinero, comida, ropa,droga, etc? *Si* *No*	16. ¿Te han obligado a realizar actos sexuales (desnudarse ante otras personas, ver personas desnudas, ver películas pornográficas) o tener relaciones sexuales? *Si* *No*
17. En los últimos seis meses¿Te has provocado vómito en repetidas ocasiones o has evitado comer por varios días por miedo a engordar? *Si* *No*	18. En los últimos 12 meses ¿Has participado en una pelea con golpes? *Si* *No*
19. ¿ Has usado alguna vez un arma(pistola,puñales, tijeras, piedras, palos, etc.) para amenazar o agredir a alguna persona? *Si* *No*	20. ¿ Has conducido una moto o auto después de ingerir licor o habiendo consumido drogas? *Si* *No*

GRACIAS NUEVAMENTE POR TU CONFIANZA Y COLABORACION

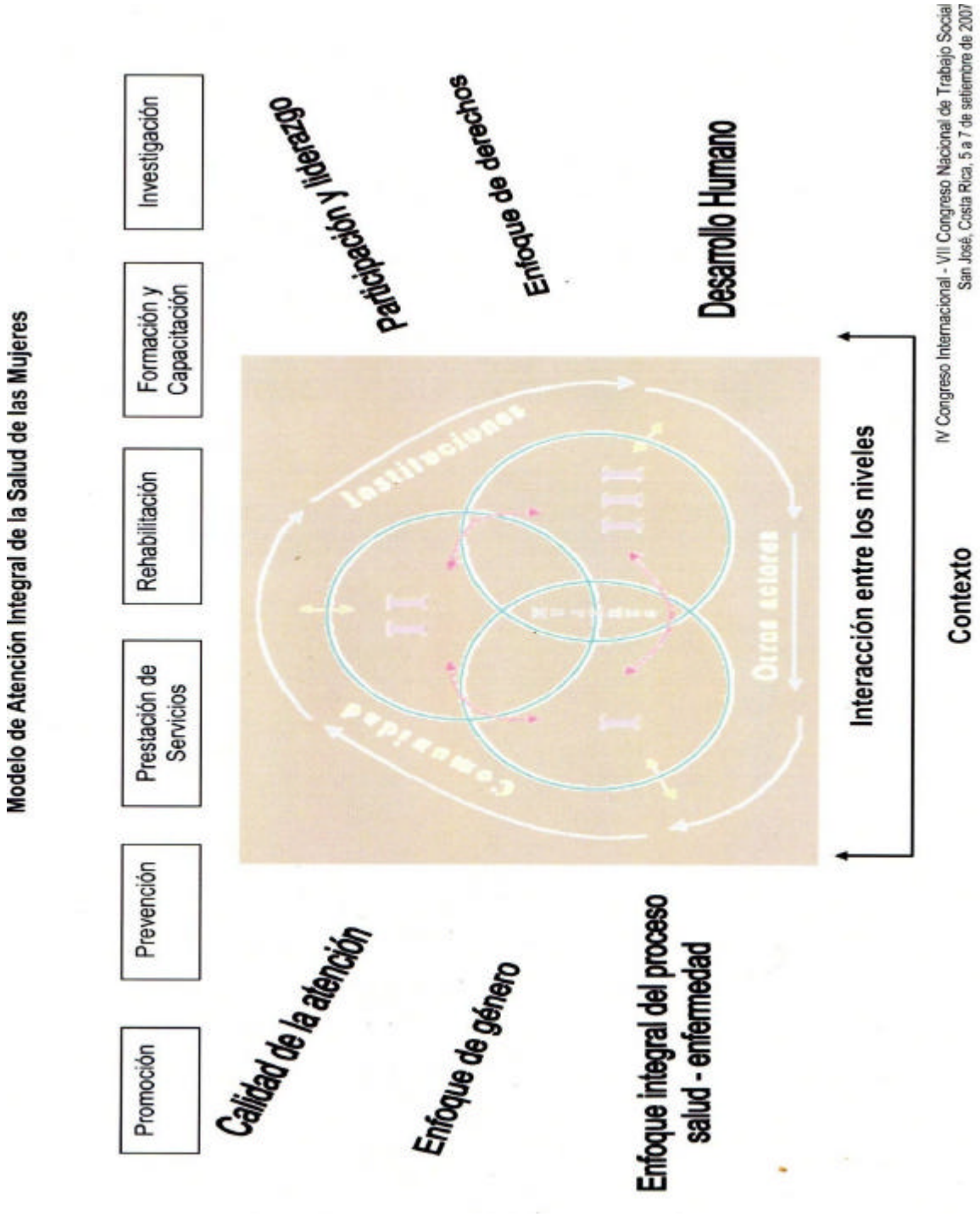
Total de puntos	
Calificación	

Aplicado por:

Este formulario debe incorporarse al Expediente de Salud

4-70-03-0550 Imprenta

Anexo 7


Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres
Promoción
Prevención
Prestación de Servicios
Rehabilitación
Formación y Capacitación
Investigación
Calidad de la atención
Enfoque de género
Enfoque integral del proceso salud - enfermedad
Participación y liderazgo
Enfoque de derechos
Desarrollo Humano
Interacción entre los niveles
Contexto
IV Congreso Internacional - VII Congreso Nacional de Trabajo Social
San José, Costa Rica, 5 a 7 de setiembre de 2007
11

Anexo 8

El Marco Conceptual *BIAS FREE*:
Un instrumento práctico para identificar y eliminar
Injusticias sociales en investigación en salud
por
Mary Anne Burke y Margrit Eichler
2006

El marco conceptual *BIAS FREE provee a estudiantes, investigadores, miembros de la comunidad y tomadores de decisiones un nuevo y estimulante instrumento*, fácil de usar, basado en derechos, que permite identificar y eliminar las injusticias derivadas de las jerarquías sociales en su trabajo. Haciendo un corte a través de todos los instrumentos o herramientas que investigadores y tomadores de decisión tenían que aplicar en su trabajo, en el pasado, para eliminar el sexismo, racismo, muchos otros "ismos" además de la discriminación por edad, capacidad, casta y otros atributos, las autoras ofrecen el marco conceptual *BIAS FREE* como un abordaje integral para explorar y retirar toda la gama de injusticias derivadas de cualquier jerarquía social.

BIAS FREE es un acrónimo en inglés - ***B***uilding an ***I***ntegrative ***A***nalytical ***S***ystem ***f***or ***R***ecognising and ***E***liminating in-***E***quities – Construyendo un Sistema Integral de Análisis para Reconocer y Eliminar Injusticias. El acrónimo es la afirmación de un objetivo o meta, no de un resultado.

El marco conceptual *BIAS FREE* está basado en la premisa de que todas las personas tienen iguales derechos a ser tratadas con respeto y a la inviolabilidad de sus derechos humanos. El marco conceptual deriva del entendimiento de la salud como un derecho humano y usa un modelo de salud y bienestar basado en los derechos. Salud (bienestar físico, mental, social y espiritual) está fundamentalmente unida a los derechos humanos y a la igualdad social. El marco conceptual *BIAS FREE* está diseñado para dirigir la atención de los usuarios a los determinantes estructurales y organizacionales de la salud, para ayudarlos a identificar las injusticias o sesgos en la investigación en salud que deriven de varias jerarquías sociales, y a removerlas en la medida de lo posible.

El marco conceptual *BIAS FREE está basado en el entendimiento de que las raíces de la discriminación – lógica de la dominación – son comunes a todos los "ismos" de dominación.- sexismo, racismo, heterosexismo, clasismo, etc. El entendimiento de esta interconexión conceptual básica entre todos los sistemas de opresión es la llave para libertarnos de ellos.*

El marco conceptual reconoce que la investigación en salud es un bien público global y que, como tal, todas las personas pueden reclamar ser tratadas igualmente en el proceso y tener iguales derechos a los beneficios de la investigación en salud, sin importar su género, capacidades, raza o cualquier otra característica social y el derecho a trabajar para llegar a ese fin. El marco conceptual *BIAS FREE* es aplicable no sólo a la investigación sino que también a la legislación, políticas, programas, prestación de servicios y prácticas. Es también transferible o utilizable en políticas en cualquier sector, no sólo de salud, y se refiere también a las necesidades de los países con altos y bajos ingresos. Es un instrumento esencial para llegar a las raíces de las desigualdades sociales y hacer, cambios sociales reales y efectivos.

El marco conceptual *BIAS FREE* ha sido desarrollado para asistir a los investigadores y otros profesionales a reconocer cuando hay injusticias e

TIPO DE JERARQUIA	PRINCIPAL TIPO DE PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	SOLUCIÓN
 Edad (adolescentes) Localización Geográfica Clase Social Estado de Salud Género Discapacidad	H - **Manteniendo una Jerarquía Existente** ¿Se justifica o se mantiene, de alguna manera? Sitúe el problema dentro de un marco conceptual de derechos humanos en el cual la igualdad es un valor básico subyacente. Apunte a la discrepancia entre este valor y las desigualdades entre grupos de personas que resultan de esta jerarquía.	**H1 Negando la jerarquía:** ¿Se niega la existencia de la jerarquía a pesar de las evidencias en contrario?	Atención Integral diferenciada Participación Social Adolescente Protagonista
		H2 Manteniendo la jerarquía: ¿Son las prácticas o puntos de vista establecidos en una jerarquía presentados como normales o libres de problemas?	Atención Integral diferenciada Participación Social. Protagonismo de adolescentes.
		H3 Perspectiva Dominante: ¿Se adopta la perspectiva o punto de vista del grupo dominante?	Atención Integral diferenciada Participación Social Adolescente Protagonista Toma de decisiones compartidas.
		H4 Patologización: ¿Se define al grupo no-dominante como patológico cuando difiere de las normas creadas por el grupo dominante	Respeto a los derechos humanos y de desarrollo humano. Enfoque de Género Talleres que involucren otros grupos etáreos.
		H5 Objetivación: ¿Se presenta la privación del individuo como persona y dignidad intrínseca de las personas como normal o no problemática?	Atención Integral diferenciada Desarrollo de programas específicos Capacitación- Educación- Información.
		H6 Culpabilidad de las víctimas: ¿Se responsabiliza y declara culpables a las víctimas de la violencia individual y/o estructurada?	Grupos de apoyo Participación Social. Aplicación de la ley contra la violencia doméstica y otras leyes Atención biopsicosocial individual y familiar Atención Integral diferenciada Terapia grupal e individual

		H7 Apropiación: ¿El grupo reclama para si la propiedad de entidades originadas o en pertenecientes al grupo no-dominante?	Atención Integral diferenciada Participación Social. Adolescente Protagonista
TIPO DE JERARQUIA	**PRINCIPAL TIPO DE PROBLEMA**	**NATURALEZA DEL PROBLEMA**	**SOLUCIÓN**

TIPO DE JERARQUIA	PRINCIPAL TIPO DE PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	SOLUCIÓN
  Edad (adolescentes) Localización Geográfica Clase Social Estado de Salud Género Discapacidad	**F - Fracaso al examinar las diferencias** ¿Se considera pertenecer al grupo dominante o no dominante como socialmente pertinente y tomado en cuenta? Establecer la relevancia de pertenecer a un grupo en un contexto dado. Una vez establecida la relevancia, tomadas en cuanta las diferencias de manera a reducir la jerarquía	**F1 Insensibilización de las diferencias:** ¿Ha sido ignorada la importancia de pertenecer al grupo dominante o no dominante??	Política pública diferenciada Diferenciación de la atención de adolescentes Participación social diferenciada Adolescente protagonista
		F2 Descontextualización: ¿Se han considerado explícitamente las diferentes realidades sociales del grupo dominante y no dominante?	Atención Integral diferenciada Inclusión de los determinantes sociales de la salud Atención diferenciada Participación Social. Adolescente protagonista
		F3 Sobre-generalización o universalidad: ¿Se generalizan las informaciones originadas en los grupos dominantes a los grupos no- dominantes sin examinar si realmente son aplicables a estos grupos?	Atención Integral diferenciada Respeto a la cultura adolescente Atención según contexto de vida y condición de género Prevención primaria, secundaria y terciaria
		F4 Homogeneidad presumida: ¿Se trata al grupo dominante o no-dominante como si fuese un grupo homogéneo?	Atención Integral diferenciada Participación social Adolescente protagonista Atención según contexto de vida y condición de género

 Edad (adolescentes) Localización Geográfica Clase Social Estado de Salud Género Discapacidad	D - **Utilizando un doble estándar** ¿Son tratados de manera diferente los miembros del grupo dominante y del no-dominante? Hay que identificar el doble estándar que lleva a que los miembros del grupo dominante sean tratados de manera diferente de los del grupo no-dominante y como se mantiene la jerarquía, entonces desarrolle e idee medios para tratar ambos grupos de la misma manera.	**D1 Doble estándar explicito, abierto:** ¿El grupo dominante y el no-dominante son tratados de manera diferente?	Atención Integral diferenciada Desarrollo de Programas diferenciados Participación Social Información-Capacitación-Facultación Espacios de reflexión
		D2 Sub-representación o exclusión: ¿Están sub-representados o excluidos los grupos no-dominantes?	Atención Integral diferenciada Desarrollo de Programas diferenciados Participación Social Información-Capacitación-Facultación. Espacios de reflexión
		D3 Sub-representación o exclusión excepcional: ¿En contextos normalmente asociados con los grupos no-dominantes, pero pertinentes a todos los grupos, está el grupo dominante poco representando o excluido?	Atención Integral diferenciada Atención Social según contexto de vida Respeto a la cultura adolescente Servicios amigables-Accesibles Participación Social Adolescente Protagonista
		D4 Negando la capacidad de actuar: ¿Se falla al no considerar a los grupos dominante y no-dominante como actores u objetos?	Participación de el y la adolescente en la toma de decisiones y construcción de la salud Adolescente Protagonista
		D5 Tratando las opiniones del grupo dominante como hechos: ¿Son las opiniones expresadas por un grupo dominante sobre los no-dominantes tratadas como hechos?	Participación de el y la adolescente en la toma de decisiones y construcción de la salud Adolescente Protagonista

 Edad (adolescentes) Localización Geográfica Clase Social Estado de Salud Género Discapacidad	D - **Utilizando un doble estándar** ¿Son tratados de manera diferente los miembros del grupo dominante y del no-dominante? Hay que identificar el doble estándar que lleva a que los miembros del grupo dominante sean tratados de manera diferente de los del grupo no-dominante y como se mantiene la jerarquía, entonces desarrolle e idee medios para tratar ambos grupos de la misma manera.	**D1 Doble estándar explicito, abierto:** ¿El grupo dominante y el no-dominante son tratados de manera diferente?	Atención Integral diferenciada Desarrollo de Programas diferenciados Participación Social Información-Capacitación-Facultación Espacios de reflexión
		D2 Sub-representación o exclusión: ¿Están sub-representados o excluidos los grupos no-dominantes?	Atención Integral diferenciada Desarrollo de Programas diferenciados Participación Social Información-Capacitación-Facultación. Espacios de reflexión
		D3 Sub-representación o exclusión excepcional: ¿En contextos normalmente asociados con los grupos no-dominantes, pero pertinentes a todos los grupos, está el grupo dominante poco representando o excluido?	Atención Integral diferenciada Atención Social según contexto de vida Respeto a la cultura adolescente Servicios amigables-Accesibles Participación Social Adolescente Protagonista
		D4 Negando la capacidad de actuar: ¿Se falla al no considerar a los grupos dominante y no-dominante como actores u objetos?	Participación de el y la adolescente en la toma de decisiones y construcción de la salud Adolescente Protagonista
		D5 Tratando las opiniones del grupo dominante como hechos: ¿Son las opiniones expresadas por un grupo dominante sobre los no-dominantes tratadas como hechos?	Participación de el y la adolescente en la toma de decisiones y construcción de la salud Adolescente Protagonista

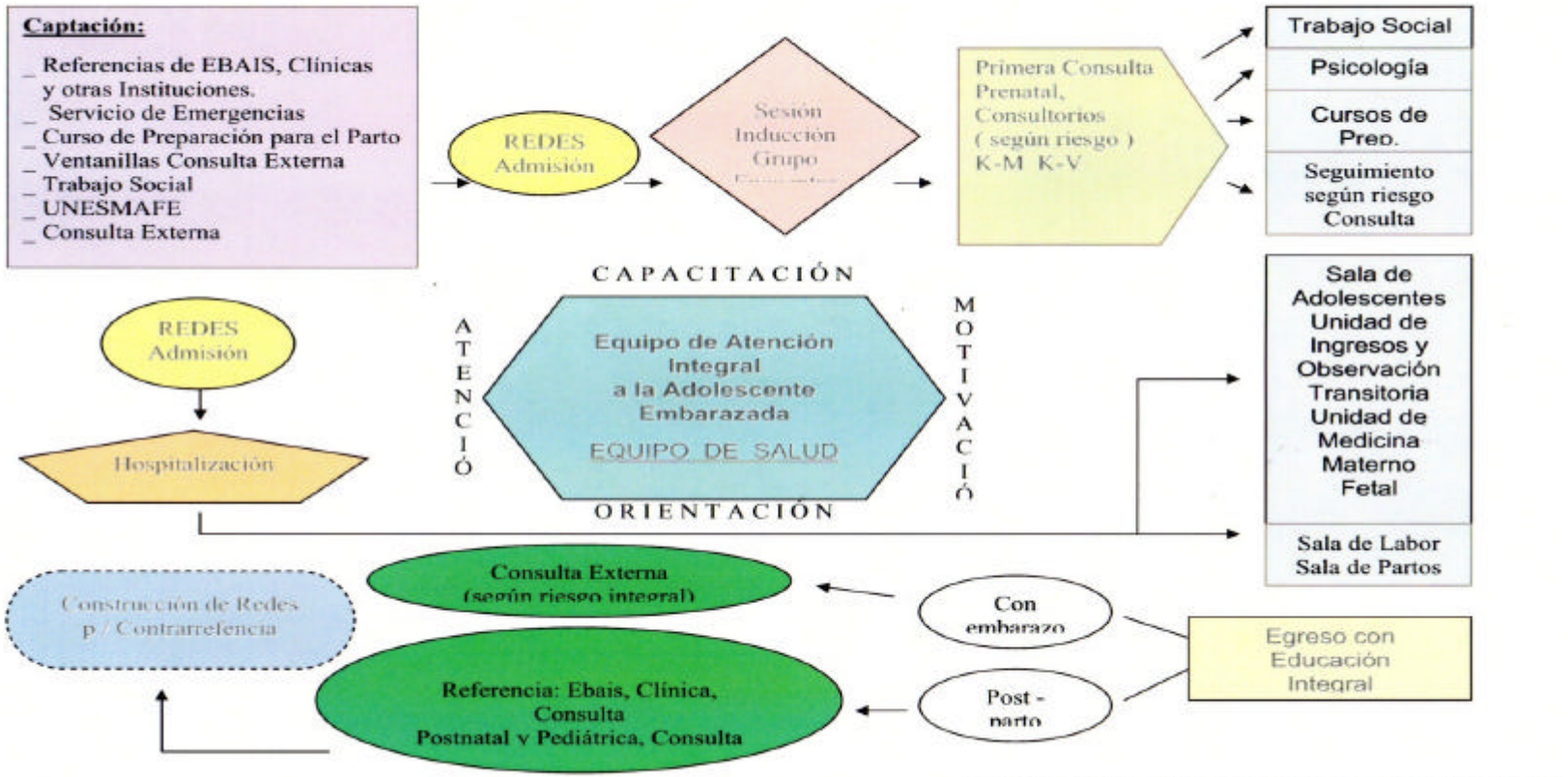
		D6 Estereotipos: ¿Se tratan los estereotipos de los grupos dominantes y no-dominantes como aspectos esenciales de la membresía en los grupos?	Desarrollo de Programas diferenciados Participación Social. Información-Capacitación-Facultación Espacios de reflexión
		D7 Exageración de las diferencias: ¿Los rasgos o características comúnes a ambos grupos, dominantes y no-dominantes son tratados como si fueran exclusivos del grupo dominante o no-dominante?	Participación Social Atención Interdisciplinaria, intersectorial, Interinstitucional Inclusión de los determinantes sociales de la salud en la adolescencia
		D8 Doble estándar oculto: ¿Se usan diferentes criterios para definir hechos comparables produciendo el efecto de ocultar su comparación?	Atención Integral diferenciada Atención Social según contexto de vida Respeto a la cultura adolescente Servicios amigables-Accesibles Participación Social Adolescente Protagonista

Anexo 9

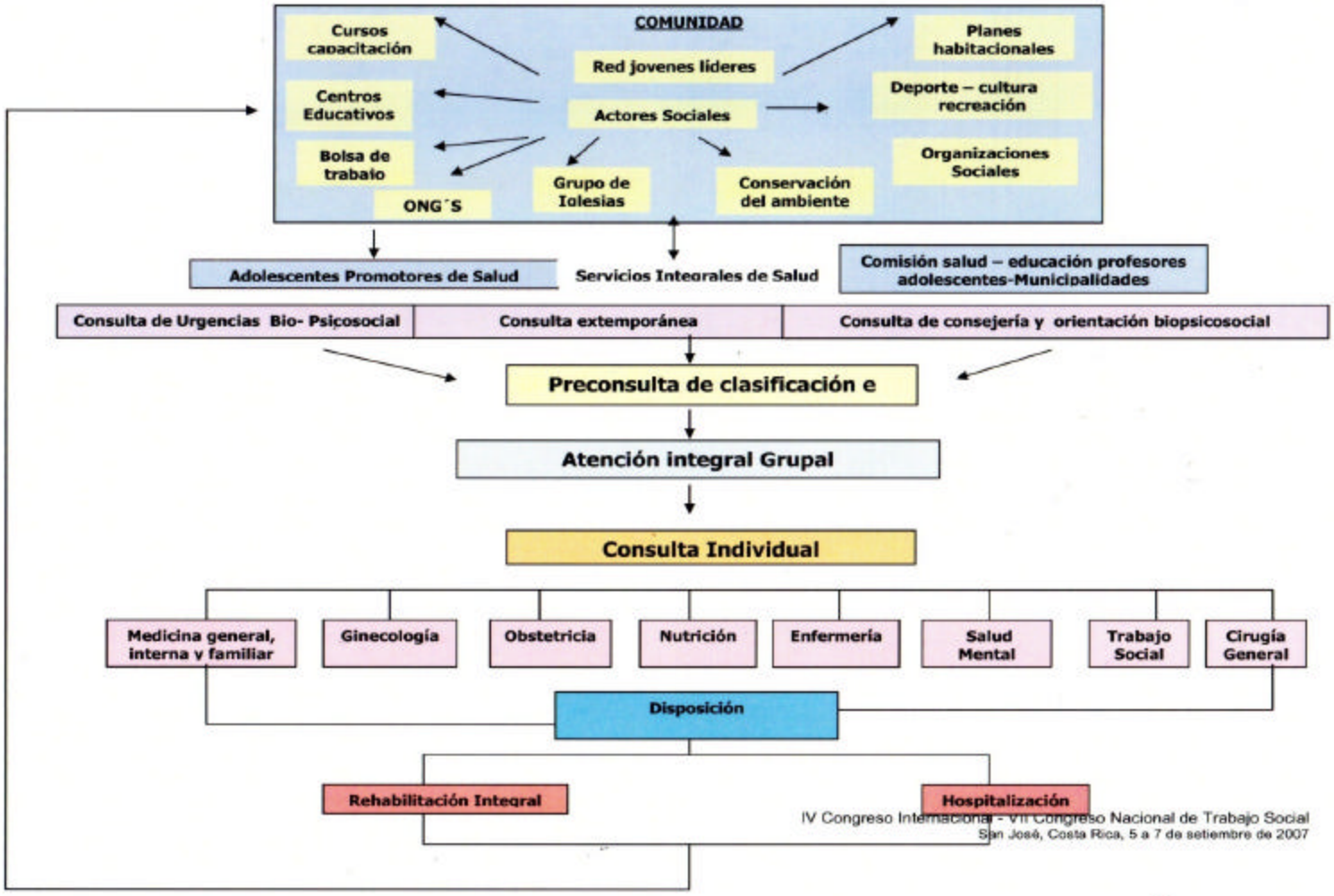
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA
Área Médica:
Consulta Prenatal
Consulta Post-natal
Consulta Salud Sexual y Reproductiva
Consulta Pediátrica
Consulta Ginecológica
Área Educación y Asesoría:
•Del equipo
•A funcionarios
•Educación continua
•Docencia en servicio
•Estudiantes secundaria
•Estudiantes universitarios
•Médicos Internos – Residentes
•Pasantías de extranjeros y nacionales
Área Social
•Valoración Social
•Grupos encuentro y apoyo
•Grupos reflexión y apoyo
•Grupos de preparación al parto
•Educación en puerperio
•Grupos estimulación Oportuna
•Atención Social Individual y familiar
•Referencia a otras instituciones
Área Enfermería
•Primera Consulta prenatal
•Consulta Post-natal
•Consulta Salud Sexual y Reproductiva
•Grupo de preparación al parto
•Grupos Estimulación Oportuna
•Educación en Puerperio
Trabajo Interdisciplinario
Brindar atención integral a la adolescente embarazada en sus procesos de embarazo, parto y puerperio
Área Administrativa
•Motivación
•Clasificación
•Coordinación
Área Psicología
•Valoración
•Tratamiento
•Referencia a otros centros
Área Proyección a la Comunidad
•Grupos educativos en el HMACE
•Visitas a los centros de salud
•Educación a estudiantes de centros educativos
•Educación continua I – II nivel de atención
Área de Investigación
•Temas específicos de
IV Congreso Internacional - VII Congreso Nacional de Trabajo Social
San José, Costa Rica, 5 a 7 de setiembre de 2007
Moreno - Cerdas- Ledesma

Anexo 10

Flujograma de Manejo de la Población Adolescente



Anexo 11


COMUNIDAD
Cursos capacitación
Red jovenes lideres
Planes habitacionales
Centros Educativos
Actores Sociales
Deporte – cultura recreación
Bolsa de trabajo
Grupo de Iglesias
Conservación del ambiente
Organizaciones Sociales
ONG´S
Adolescentes Promotores de Salud
Servicios Integrales de Salud
Comisión salud – educación profesores adolescentes-Municipalidades
Consulta de Urgencias Bio- Psicosocial
Consulta extemporánea
Consulta de consejería y orientación biopsicosocial
Preconsulta de clasificación e
Atención integral Grupal
Consulta Individual
Medicina general, interna y familiar
Ginecología
Obstetricia
Nutrición
Enfermería
Salud Mental
Trabajo Social
Cirugía General
Disposición
Rehabilitación Integral
Hospitalización

Criterios de Referencia de Mujeres al Servicio de Trabajo Social

Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales

- ✓ Todas las adolescentes menores de 15 años sin control prenatal
- ✓ Adolescentes mayores de 16 años y hasta 19 años, solo con algún problema social.
- ✓ Hiperémesis gravídica en donde se sospeche factor social asociado
- ✓ HIV/SIDA
- ✓ Rechazo al embarazo asociado a situación social

Síndrome de maltrato o con eventos menores a 2 años

- ✓ Violencia Intrafamiliar
- ✓ Abuso físico
- ✓ Abuso psicológico
- ✓ Mujeres menores de 18 años en explotación sexual
- ✓ Recién nacido(a) con adicción de la madre y/o el padre

Mujeres, niños y niñas con problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas

- ✓ Falta de vivienda
- ✓ Sin satisfacción de necesidades alimentarías
- ✓ Pobreza extrema
- ✓ Deambulación por falta de vivienda

Problemas relacionados con la crianza del niño, la niña o la adolescente

- ✓ Negligencia en la crianza del niño, la niña o la adolescente
- ✓ Abandono de los padres
- ✓ Menores sin visita familiar sostenida

Mujeres, niños y niñas con problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares

- ✓ Relación de pareja conflictiva
- ✓ Relación con padres y/o familiares conflictivas

Problemas relacionados con el estilo de vida

- ✓ Antecedente o uso de drogas con eventos de menos de 2 años o consumo activo
- ✓ Conducta sexual de alto riesgo
- ✓ Comercio sexual
- ✓ Adultas Mayores sin recurso familiares o de apoyo
- ✓ Mujeres con Diagnóstico de Cáncer con problema social
- ✓ Personas con discapacidad o movilidad reducida con problema social

Mujeres con problemas relacionados con el empleo y el desempleo

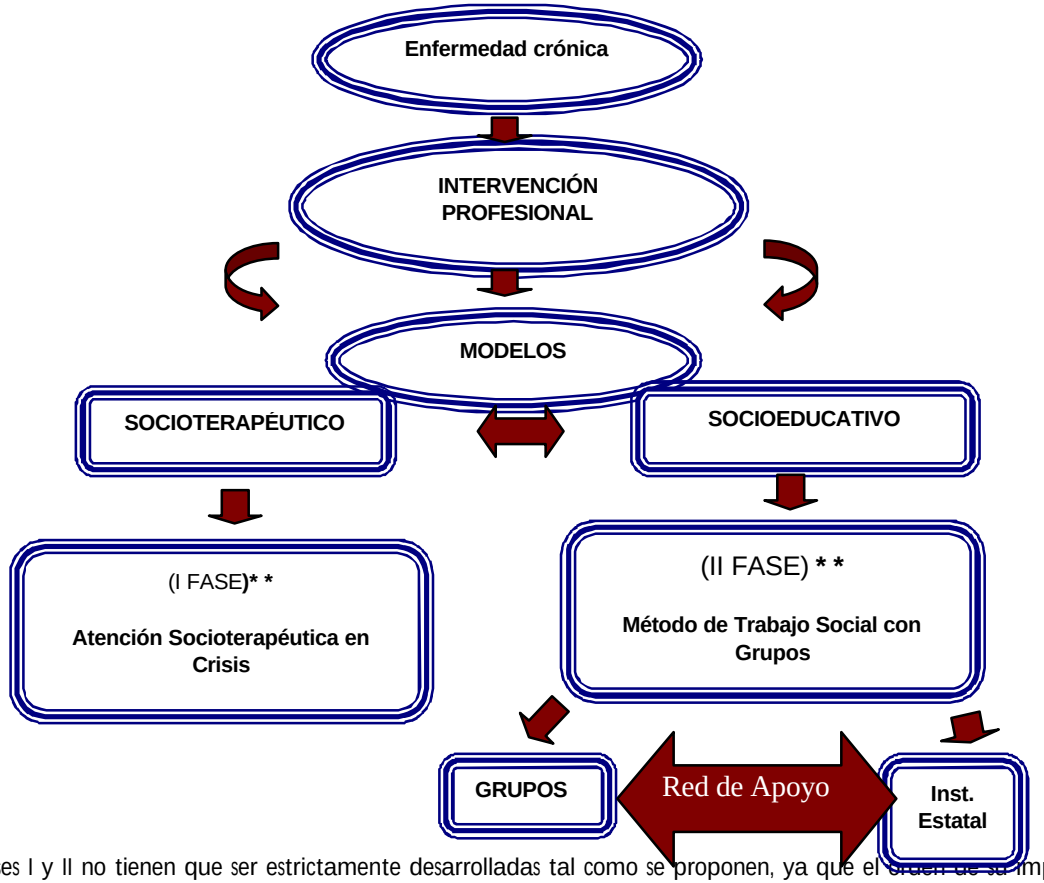
- ✓ Amenaza o pérdida del empleo
- ✓ Horario o funciones estresantes de trabajo
- ✓ Desavenencias con el o la jefa y/o compañeros de trabajo
- ✓ Dificultad en las condiciones de trabajo

Anexo 12

www.ts.ucr.ac.cr

Anexo 13

Metodología de intervención con la población adolescentes madres



Fente: Lopez (2012).

---

* * Es importante aclarar que las fases I y II no tienen que ser estrictamente desarrolladas tal como se proponen, ya que el orden de su implementación dependerá de las necesidades, requerimientos y respuestas de la población.

Anexo 14

Descripción de Técnicas Grupales

Técnica Grupal	Características	¿Para que sirve?
Mesa redonda	Exposiciones sucesivas de especialistas que tienen diferentes puntos de vista acerca de un mismo tema o problema. Puede no ser seguida de discusión. Interviene un moderador.	Hacer conocer un problema o tema desde diferentes puntos de vista.
Simposio	Exposiciones orales de un grupo de individuos (4-6) sobre diferentes aspectos de un mismo tema o problema.	Proporciona información sobre diferentes aspectos de un problema o diferentes puntos de vista.
Panel	Un grupo de expertos, dialoga ante el grupo en torno a un tema determinado.	Permite conocer diferentes formas de enfrentar o considerar un problema.
Forum	El grupo en su totalidad realiza un debate abierto en torno a un tema, hecho o problema. La participación de cada uno se reduce a 2 o 3 minutos.	Permite que un número grande de personas manifiesten sus puntos de vista sobre un tema o problema.
Phillips 66	Un gran grupo se subdivide en grupos de 6 personas que tratan en 6 minutos la cuestión de la propuesta. Después se realiza una puesta en común.	Amplía la base de comunicación y participación. Hace posible la discusión y el intercambio de puntos de vista de cada uno, aún cuando se trata de grandes grupos. Sirve para que en poco se recoja sumativamente los aportes de la gente.
Grupos de Discusión	Un grupo reducido trata un tema o problema en discusión libre e informal conducido por un coordinador.	Permite el intercambio de experiencias, de diferentes puntos de vista, de conocimientos, resolver

		problemas y eventualmente la toma de decisiones.
Métodos de Casos	Se estudia un caso real, se discute y se sacan conclusiones.	Estimula los pensamiento originales, incita a las decisiones.
Dramatización	Representación de una situación real por los miembros del grupo. No se trata de decir acerca de un problema, sino de mostrar.	Ocasión de impregnarse de una situación, posibilidad de estudiar relaciones humanas.
Juego de Roles	Se determinan los roles característicos de una situación problema. El grupo estudia la conversación que mantienen los que representan los roles, observando relaciones que se han establecido entre ellos, repercusiones en el auditorio y frases y gestos significativos. Se abre la discusión general.	Permite analizar una situación problemática para el grupo, reviviendo los aspectos conflictivos a través de las diferentes posturas con que se puede enfrentar.
Método de Proyectos	Estudio en común de un problema y elaboración de una solución.	Hace adquirir experiencias y, en especial, desarrolla la capacidad de formular problemas y problemas y proponer alternativas de acción.
Lluvia de Ideas	Un grupo pequeño presenta ideas o propuestas en torno a una cuestión, sin ninguna restricción o limitación.	Estimula la capacidad creadora y sirve para crear un clima favorable a la comunicación y a la promoción de ideas y soluciones no convencionales.
Teatro-Imagen	Se presenta una imagen (estatua) que expresa una situación real que se quiere cambiar. El grupo forma la imagen (estatua) ideal. Los integrantes de la estatua (grupo) deben pasar lentamente de una estatua a otra teniendo en cuenta la realidad. Discusión posterior.	Permite visualizar el paso de una situación-problema a una situación que el grupo estima como ideal, teniendo en cuenta el proceso a seguir y las diferentes fuerzas que actúan sobre él. Se establece un clima profundo de comunicación personal.
Teatro Foro	Semejante al teatro-imagen pero incluye el dialogo entre los personales y la posibilidad de interrumpir el mismo y modificarlo	A la utilidad señalada respecto del teatro-imagen, se añade la

	cuando un miembro del grupo desee, sustituyendo a dicho personaje.	posibilidad de mayor participación y más activa del grupo.
Seminario	Grupo reducido que estudia un tema intensivamente en varias sesiones en las que todos participan aportando sus indagaciones. Es a la vez una técnica de grupo y conocimiento, una técnica de investigación.	Sirve para profundizar un determinado problema.
Conferencia	Exposición oral, que puede ser seguida de coloquio.	Proporcionar información a muchos en poco tiempo. Transmitir conocimientos de manera sistemática. También sirve para motivar y persuadir.
Jornadas	Reuniones de estudio y trabajo en las que participa un grupo de personas a las que reúne una problemática común	Sirven para impartir información e instrucción, identificar, analizar y resolver problemas.
Congreso	Reunión en la que participa un gran numero de personas.	Sirve para tomar decisiones, resolver problemas, intercambiar información, etc.

Asamblea	Reunión numerosa de personas convocadas para un fin determinado. En las asociaciones, la asamblea es la reunión de todos sus miembros, debidamente convocados y que tienen poderes soberanos para efectos internos de la asociación.	Es un medio para mantener informados a todos los miembros de una asociación, para implicarles como parte de la misma y para que participe efectivamente en la marcha general.