



Gobierno **Bolivariano**
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la **Salud**

SISTEMATIZACIÓN DE UNA BUENA PRÁCTICA

La atención a adolescentes en el
Hospital de Niños “J.M. de los Ríos



Resumen

Este documento presenta una sistematización de la experiencia de atención a adolescentes en el Hospital de Niños “J.M. de los Ríos”, ubicado en Caracas, Venezuela. La atención se realiza a través de dos de sus servicios: Medicina del Adolescente y Ginecología Infantojuvenil. La presente sistematización sigue los criterios pautados en la *Metodología para la identificación de buenas prácticas en materia de prevención del embarazo en adolescentes*, aprobados por la Organización Panamericana de la Salud. Los servicios señalados, enmarcados en la red pública de salud venezolana, conforman el único espacio de atención hospitalaria *diferenciada* para la población adolescente en el país, por lo cual deben preservarse potenciando sus fortalezas en aras de mejorar la prevención del embarazo en adolescentes y la atención integral de esta población, tal y como ha sido acordado en el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, elaborado en respuesta al mandato de los Ministros y Ministras de Salud del Área Andina en 2007.

Índice

	Pág.
Introducción.....	3
Antecedentes: marco legal para la atención de adolescentes en la República Bolivariana de Venezuela.....	5
La atención a adolescentes en el Hospital de Niños “J.M. de los Ríos”: los servicios de <i>Medicina del Adolescente y Ginecología Infantojuvenil</i>	10
Características de la atención.....	11
Principios.....	11
Actividades.....	13
Estrategias y procedimientos.....	14
Dificultades.....	15
Resultados.....	17
Componente humano.....	18
Evaluación.....	21
Innovación.....	22
Sistematización.....	23
Replicabilidad.....	23
Sustentabilidad.....	23
Conclusiones.....	24
Anexos.....	25
1. Visión, misión y otros aspectos del Servicio de Medicina del Adolescente.	
2. Historia Clínica, Medicina del Adolescente.	
3. Cuestionario Medicina del Adolescente.	
4. Reporte estadístico, Medicina del Adolescente.	

5. Metodología para la identificación de Buenas Prácticas en materia de Prevención del Embarazo en Adolescentes, OPS.
6. Fotografías, Servicio de Medicina del Adolescente.
7. Fotografías, Servicio de Ginecología Infantojuvenil.

Introducción

El 02 de febrero de 1937 abre sus puertas el Hospital Municipal de Niños "Dr. José Manuel de los Ríos", en su sede de la esquina de Pirineos, en Caracas¹. Su primer director fue Gustavo Machado, también primer Jefe del Servicio de Medicina General 1, existiendo dos servicios más de Medicina General en ese momento. Posteriormente, otros médicos y médicas iniciaron diferentes servicios tales como Cirugía, Otorrinolaringología, Laboratorio, Anatomía y Radiología. El Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" fue sede en el año 1938 del Primer Congreso del Niño.

La creación de la Cátedra de Puericultura y Pediatría fue un hito muy importante en la medicina venezolana; la misma se plantea tímidamente en 1937, pero es en 1938 cuando los primeros bachilleres internos fueron admitidos. En 1942 se crea la cátedra oficialmente en el Hospital.

Hablar del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" es hablar de la pediatría nacional. La institución ha visto nacer dentro de sus paredes todos los avances hacia la asistencia de niños y niñas. Con los años se van organizando paulatinamente los cursos de postgrado y se fundan la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría y la Sociedad Médica del Hospital.

En el año 1958 se logra la mudanza del Hospital al edificio que hoy ocupa, ubicado en la Avenida Vollmer de la parroquia San Bernardino, también en Caracas, iniciando así la era moderna de la institución. Después de su traslado a la nueva sede el Hospital continuó con su tradición docente, tanto con alumnos y alumnas de pregrado como con médicas y médicos de postgrado.

A partir de 1969, por decisión de la Facultad de Medicina y bajo la responsabilidad de la Cátedra de Pediatría de la Escuela "José M. Vargas" de la Universidad Central de Venezuela, se extendió la enseñanza de pediatría para responder al imperativo demográfico y epidemiológico del país, el cual reclamaba médicas y médicos con suficientes conocimientos y adiestramiento para participar, en las diversas áreas del territorio nacional, en la atención de los problemas de los niños y las niñas que tanta repercusión tienen en las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

Con el tiempo, comienza a aparecer una inquietud entre algunos y algunas profesionales de la medicina dentro del Hospital: no existía una *atención diferenciada* para una población que también comenzó a demandar la atención en sus servicios y en los de otros centros de salud. No eran niños o niñas, pero tampoco habían llegado a la adultez. Es, por supuesto, el caso de las y los adolescentes, quienes para mediados de la década del '70 era

¹ La historia del hospital referida acá se basa en extractos de algunos escritos y del discurso pronunciado por la Dra. Lya Imber de Coronil, en ocasión de la celebración del XX Aniversario de la Sociedad de Médicos del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" en 1978. Información extraída de la página web: <http://mipagina.cantv.net/hospitaljm/1024/historia.html>. Consultada el 24/11/08, 6:33 pm.

una población desasistida de manera específica dentro de los servicios de salud a nivel nacional.

Precisamente, este documento recoge la experiencia del Hospital de Niños “J.M. de los Ríos” en la atención a adolescentes, a través de la información aportada por el personal que dirige dos de sus servicios: Medicina del Adolescente y Ginecología Infantojuvenil. La información fue recogida en dos visitas realizadas al hospital: una para realizar entrevistas al personal y otra para recopilar algunos documentos que apoyarían la sistematización. Los documentos sólo pudieron ser recopilados en el Servicio de Medicina del Adolescente. Se procuró mantener la mayor fidelidad posible a lo recogido en las entrevistas, por lo cual se transcriben frecuentemente fragmentos importantes de las mismas.

El objetivo es hacer un recuento de la experiencia con el fin de mostrarla como buena práctica nacional en cuanto a prevención del embarazo adolescente, dentro del marco del Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PEA). Dicho plan constituye una propuesta elaborada en respuesta al mandato de los Ministros y Ministras de Salud del Área Andina, emitido durante la XXVIII Reunión de Ministros/as de Salud del Área Andina (REMSAA), el 30 de marzo de 2007, en la que solicitan conformar el Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y elaborar, con apoyo del UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

La gran fortaleza de los servicios presentados aquí radica en que son los únicos espacios, a nivel nacional y dentro de la red hospitalaria, que ofrecen atención diferenciada a las y los adolescentes venezolanos, proporcionando asistencia a población proveniente de todas partes del país. Con su historia y su práctica cotidiana, poseen potencialidades que constituyen una base para continuar siendo fortalecidos, a través de la actualización permanente en la estrategia de la salud sexual y reproductiva. De allí que el presente documento pretenda ser también una fuente de información que permita a las y los decisores pertinentes realizar este fortalecimiento, para seguir respondiendo cada vez mejor a las necesidades específicas de información, consejería y atención diferenciada en salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes venezolanos, dentro del proceso de transición en el que actualmente se encuentran las instituciones de salud pública en Venezuela y dentro de los lineamientos del Plan Nacional de Salud 2009-2013.

Antecedentes: marco legal para la atención de adolescentes en la República Bolivariana de Venezuela.

Los *derechos sexuales y reproductivos* (DSR) fueron establecidos por primera vez en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994. Son derechos que ya estaban reconocidos en diferentes documentos internacionales y en las leyes de muchos países, y que se recogieron en esa conferencia para darle mayor fuerza al tema a nivel mundial. Son, además, *derechos específicos*: si bien forman parte de los derechos humanos, dejaron de estar solamente

“diluidos” en ellos para convertirse en un área determinante de los procesos dirigidos a mantener y mejorar la salud sexual y reproductiva en el mundo. Garantizar los DSR es una estrategia para combatir los problemas de salud pública que existen en este campo.

Estos derechos, como todos los derechos humanos, se encuentran en permanente cambio y ampliación. Protegen la capacidad de las personas para decidir libremente sobre sus cuerpos y sus vidas. Los derechos sexuales y reproductivos son:

1. Derecho a condiciones ambientales, educativas, nutricionales, afectivas y de salud apropiadas para el desarrollo de la vida humana.
2. Derecho a ejercer la sexualidad de forma placentera, autónoma e independiente de la reproducción, teniendo para ello información, educación y servicios que permitan tomar decisiones responsables.
3. Derecho a conocer y amar el cuerpo y los genitales.
4. Derecho al amor, la sensualidad y el erotismo.
5. Derecho a tener relaciones sexuales independientemente de la edad, el estado civil y el tipo de familia que se tenga.
6. Derecho a ser madre o padre en forma sana, responsable, voluntaria y sin riesgos.
7. Derecho a participar con igualdad de responsabilidades en la crianza de los hijos e hijas, y a crear identidades más allá de lo que nos impone nuestra sociedad y nuestra cultura en cuanto a lo que significa ser hombre y ser mujer.
8. Derecho a una educación sexual oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género -que establezca igualdad de derechos para hombres y mujeres-.
9. Derecho a servicios integrales de salud, gratuitos y de calidad.
10. Derecho a la adopción y a tratamientos integrales para la infertilidad.
11. Derecho a participar como ciudadanas y ciudadanos en la creación y aplicación de políticas y programas de población y desarrollo.
12. Derecho a no tener actividad sexual².

Existe otro conjunto de derechos denominados Derechos Sexuales que complementan a los DSR, reconociendo y reforzando además la opción de disfrutar libre y responsablemente de la sexualidad sin que necesariamente ocurra la reproducción. Los Derechos Sexuales señalan:

1. El derecho a la libertad sexual.
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
3. El derecho a la privacidad sexual.
4. El derecho a la equidad sexual.
5. El derecho al placer sexual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional.
7. El derecho a la libre asociación sexual.
8. El derecho a la información basada en el conocimiento científico.
9. El derecho a la atención de la salud sexual³.

² Versión de los Derechos Sexuales y Reproductivos adoptada por la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva vigente en Venezuela, y hecha por la psicóloga y educadora Mari Ladi Londoño.

Entre los *acuerdos internacionales* más importantes que reconocen la salud y los derechos sexuales y reproductivos (firmados por nuestro país) tenemos los siguientes:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976).
- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979).
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989).
- Cumbre Mundial de la Infancia (1990).
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena (1993).
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993).
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará, Brasil, 1994).
- Cuarta Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y El Caribe (1994).
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, China, 1995).
- Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud de América Latina (PRAJDAL, 1995-2000).
- Medidas Clave para Seguir Ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo + 5, Nueva York, 1999).
- Mujer 2000: Equidad de Género, Desarrollo y Paz para el Siglo 21 (Beijing + 5).

Dentro de los *instrumentos legales nacionales* que reconocen la salud y los derechos sexuales y reproductivos se destaca:

- *La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)*. Hace referencia a estos temas en los siguientes artículos:
 - o *Artículo 75*, que señala la protección de las familias.
 - o *Artículo 76*, que se refiere a la protección de la maternidad, la paternidad y los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la información, educación y servicios en el tema.

“Artículo 76.- La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o el padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos.

³ Estos Derechos Sexuales también están recogidos en la Norma, y son producto de una reunión internacional de expertos/as convocados/as por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Mundial de Sexología, en 2000.

El padre y la madre tienen el deber compartido e irrenunciable de criar, formar, educar, mantener y asistir a sus hijos o hijas, y éstos o éstas tienen el deber de asistirlos o asistirlos cuando aquél o aquella no puedan hacerlo por sí mismos o por sí mismas. La ley establecerá las medidas necesarias y adecuadas para garantizar la efectividad de la obligación alimentaria.

- o *Artículo 77*, que establece la igualdad de derechos y deberes en el matrimonio y en las uniones de hecho –concubinatos-.
- o *Artículo 78*, que establece la ciudadanía de los niños, niñas y adolescentes.

“Artículo 78.- Los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, los cuales respetarán, garantizarán y desarrollarán los contenidos de esta Constitución, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás tratados internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado la República. El Estado, las familias y la sociedad asegurarán, con prioridad absoluta, protección integral, para lo cual se tomará en cuenta su interés superior en las decisiones y acciones que les conciernan. El Estado promoverá su incorporación progresiva a la ciudadanía activa y creará un sistema rector nacional para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes”.

- o *Artículo 79*, que promueve la participación de los y las jóvenes en el desarrollo del país.
 - o *Artículo 83*, que establece la salud como parte del derecho a la vida.
 - o *Artículo 84*, que promueve la creación de un Sistema Público Nacional de Salud, colocando en primer lugar la prevención y promoción de la salud.
 - o *Artículo 85*, que dictamina el financiamiento del Estado al Sistema Público Nacional de Salud.
 - o *Artículo 103*, referido a la educación integral.
 - o *Artículo 108*, relacionado con la obligación que tienen los medios de comunicación social de contribuir con la formación ciudadana.
- *La Resolución 1762 del Ministerio de Educación (1996) -actual Ministerio del Poder Popular para la Educación-* señala que las adolescentes embarazadas tienen derecho a continuar sus estudios en cualquier plantel del país, durante y después del embarazo, sin ningún tipo de exclusión.
 - *La Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (Lopna, 1998, modificada en 2007)*. La protección integral de niños, niñas y adolescentes como ciudadanos y ciudadanas en el área de la salud sexual y reproductiva queda establecida en artículos como el 33, 41, 44, 45, 48, 50 y 124-D. Entre ellos destaca el 33, que establece el derecho a ser protegidos y protegidas contra el abuso y la explotación sexual, y el 50, que señala el derecho a la salud sexual y reproductiva:

“Artículo 50.- Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos.

El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención en salud sexual y reproductiva a todos los niños y adolescentes. Estos programas y servicios deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada de los niños y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los adolescentes mayores de 14 años de edad tienen el derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios”.

- *La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1998).* Esta ley reafirmó el compromiso de Venezuela con la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979).
- *Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2003):* publicada por el Ministerio de Salud (actual Ministerio del Poder Popular para la Salud), según Decreto Presidencial N° 364 y en Gaceta Oficial N° 37.705, el 05 de junio de 2003. Este documento reconoce, garantiza, protege y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en Venezuela, proporcionando al personal de salud venezolano una herramienta que indica cómo realizar la atención. Además, establece la política pública que guía todas las acciones realizadas en el campo de la salud sexual y reproductiva.
- *Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva Adolescente.* Decreto Ministerial N° 363, publicado en Gaceta Oficial No. 37.705 del 05-06-2003.
- *Las Directrices Generales para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes contra el Abuso y la Explotación Sexual* (Decreto CNDNA, Gaceta Oficial N° 37.815, 06-11-2003).
- Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en el marco del Primer Programa de País, convenido entre el gobierno de la República Bolivariana de Venezuela y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se impulsa desde 2003 el Plan de Capacitación de los Recursos Humanos en el Sector Salud, dentro del Programa de Atención Integral a las y los Adolescentes del Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- *La Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007).* Ella establece las diferentes formas de violencia contra las mujeres e indica el papel de las instituciones públicas y privadas para prevenir y atender este problema de salud pública. La ley también establece las sanciones correspondientes.
- *Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (PEA).* Propuesta suscrita por Venezuela y elaborada en respuesta al

mandato de los Ministros y Ministras de Salud del Área Andina, emitido durante la XXVIII Reunión de Ministros/as de Salud del Área Andina (REMSAA), el 30 de marzo de 2007, en la que solicitan conformar el Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y elaborar, con apoyo del UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

La atención a adolescentes en el Hospital de Niños “J.M. de los Ríos”: los servicios de *Medicina del Adolescente* y *Ginecología Infantojuvenil*.

Las Dras. María Esperanza Fuenmayor -jefa del servicio de Medicina del Adolescente- y Fanny Carrero -jefa del servicio de Ginecología Infantojuvenil- son las voces más autorizadas para comentar todos los aspectos de la atención a adolescentes en el Hospital de Niños “J.M. de los Ríos”, no sólo por dirigir dicha atención sino por haberse formado en los postgrados que en el tema de adolescentes creó la Institución, durante la década de los '80. Ambas señalan que la atención a las y los adolescentes tiene sus raíces en la creación del Servicio de Ginecología Infantojuvenil del Hospital. En 1975 el Dr. Antonio Perera, formado en cirugía pediátrica, comienza a trabajar específicamente en el área de la ginecología infantil, al no existir en el país ninguna oferta de salud vinculada con este tema en específico. Inicia entonces la atención de casos y luego viaja a Boston, Estados Unidos, a formarse en el área propiamente. A su regreso en 1979 comienza a funcionar el servicio.

El Dr. Perera crea escuela y forma a un contingente de pediatras y también de ginecólogas y ginecólogos. En 1985 empieza a funcionar el postgrado de Ginecología Infantojuvenil en el Hospital, con reconocimiento universitario, del cual la mayor parte de las y los médicos formados son actualmente ginecobstetras con mano quirúrgica, tal y como lo indica la Dra. Fanny Carrero.

Dentro de las y los profesionales formados se encuentran varias actrices clave, entre ellas Bestalia Sánchez de la Cruz, Fanny Carrero (segunda y tercera jefas del servicio respectivamente, siendo el primero el Dr. Perera) y Enriqueta Sileo. Posteriormente, esta última profesional recibe el apoyo y la motivación del Dr. Perera para formarse en un área completamente novedosa en ese entonces: la medicina adolescente. Es así como la Dra. Sileo viaja también a Estados Unidos a formarse a principios de los años 80, con el fin de adquirir herramientas para atender de mejor manera a una población que cada día lo demandaba más. A su regreso, el Dr. Perera logra concretar un espacio para la unidad de Medicina de Adolescente dentro del servicio de Ginecología Infantojuvenil; el mismo queda reforzado con este abordaje novedoso e integral aportado por la formación de la Dra. Sileo, quien pronto también construye escuela, creando el postgrado de Medicina del Adolescente -este sin reconocimiento universitario hasta la actualidad-, cuya primera promoción egresó en 1987 con dos médicas pediatras graduadas: María Esperanza Fuenmayor y Beatriz Gil.

Tanto el servicio como el postgrado de Medicina del Adolescente (MDA) surgen por razones muy similares a las que originaron los de Ginecología Infantojuvenil. En ese entonces la adolescencia era una especie de “tierra de nadie” en salud, tal y como lo señala la Dra. María Esperanza Fuenmayor. Hasta los doce años las y los niños podían ser vistos en el Hospital “J.M. de los Ríos” y luego pasaban a los hospitales y servicios de adultos y adultas. Allí se presentaba el conflicto: si el o la paciente aun no había logrado el desarrollo pero tenía más de doce años, era considerado dentro del período infantil y el caso se manejaba inadecuadamente. Si tenía

menos de doce años pero ya había alcanzado el desarrollo –en el caso de las muchachas, por ejemplo- era complicado para las y los pediatras porque, aunque seguían siendo niñas, ya tampoco lo eran en sentido estricto, debido a los cambios puberales de todo tipo. En el servicio de Ginecología Infantojuvenil, además, ya comenzaban a recibirse casos de embarazo adolescente e iniciación sexual temprana, sin contar con los problemas particulares que se presentan en la adolescencia, que van más allá del aspecto físico pues involucran lo psicológico y lo social, lo cual dibuja una realidad compleja que pocas madres y padres saben manejar.

Precisamente para que las y los profesionales de la pediatría puedan formarse en el abordaje de la complejidad que conlleva la adolescencia, existe el postgrado de Medicina del Adolescente. Es la única escuela en Venezuela que forma médicos y médicas en el área. Las y los profesionales, al graduarse, se han ido ubicando en diversas zonas del país. Sin embargo, hay algunas regiones donde no existe ningún especialista en el tema, por ejemplo en Oriente y en el sur de Venezuela.

Características de la atención.

Principios⁴

Para María Esperanza Fuenmayor, la adolescencia es un período en el que se espera la culminación del desarrollo físico y emocional del ser humano. “Es una suerte de broche de oro, pues aquello que un individuo comenzó a formar en la niñez debe ser afinado en la adolescencia, así que los problemas que el niño o niña trae desde sus primeros años de vida deben ser atajados en este período para intentar corregirlos y proporcionar ciertas soluciones o posibilidades, con el objetivo de que ese ser humano se desarrolle lo mejor posible y pueda funcionar mejor. Los conflictos graves de la adolescencia se gestan en la infancia, de allí que exista una máxima muy considerada en los postgrados de pediatría, y es que las y los pediatras son quienes hacen prevención de los problemas de la adolescencia. Allí se trata de terminar una obra o de mejorarla dentro de un período muy crítico”.

La atención a adolescentes en el Hospital de Niños “J.M. de los Ríos” toma mucho en cuenta la *sensibilización del talento humano*, específicamente de las y los pediatras, residentes, pasantes y en general todo el personal médico-asistencial que pasa tanto por el servicio de Medicina del Adolescente como por el de Ginecología Infantojuvenil. Sostiene la Dra. Fuenmayor que, en el caso de las y los pediatras, “hay que sensibilizarlos para que sean capaces de atender adecuadamente los casos, porque las y los adolescentes generalmente son vistos primero por pediatría, bien sea porque la madre o el padre consideran que su hijos son niños y niñas aun o porque el o la pediatra ha sido quien le ha atendido toda la vida”.

Para la Dra. Fanny Carrero, la *educación y orientación* son principios muy importantes en la atención a adolescentes y niñas. “Atención es orientación. Hay que educar a todo el que va llegando aquí. Educar, orientar, conversar directamente con la adolescente, conversar con la madre o representante, es fundamental”.

⁴ Para conocer la visión, misión y otros aspectos del Servicio de Medicina del Adolescente, ver anexo 1.

El enfoque acerca de la sexualidad adolescente es *integral*, indica la Dra. Fuenmayor, “aunque parezca un lugar común decirlo. Lo es, porque la sexualidad adolescente es expresión de muchas cosas distintas a las que se observan en la edad adulta. Hay que ser muy amplio, abierto, porque cuando nos colocamos en una posición moralista o rígida no hay resonancia en el comportamiento del muchacho o muchacha, quien seguramente hará todo lo contrario a lo que se le indique. Entonces hay que escuchar con oídos amplios para poder ver qué es lo que hay detrás de esa expresión de la sexualidad, porque a veces incluso en los aspectos patológicos hay elementos más profundos, problemas o necesidades que se están manifestando tras un velo y que tienen que ver con las emociones, sentimientos, requerimientos de atención, etc. La definición o el establecimiento rígido de aspectos tales como la orientación sexual en la adolescencia sigue siendo cuestionable, no se puede hablar por ejemplo de homosexualidad en esta etapa porque, precisamente, es un momento de experimentación y de búsqueda de lo que en el futuro serán preferencias y gustos más definitivos. Un embarazo en la adolescencia, dando otro ejemplo, puede significar también una búsqueda de afecto. Tras las manifestaciones de la sexualidad adolescente hay un prisma muy amplio al que hay que prestar mucha atención”.

La Dra. Carrero le concede gran importancia a la *información* dentro del campo de la sexualidad adolescente. “Tratamos siempre de dar la mejor orientación, que la paciente antes de iniciar su vida sexual tenga información. A causa de lo reducido de los espacios y debido a las innumerables carencias que tiene el Hospital [propias de la mayoría de los centros de salud en Venezuela], no podemos cumplir como quisiéramos con la confidencialidad en cada consulta, pero tratamos siempre de dar información acerca de los métodos de barrera en particular, insistiendo en el preservativo con el fin de evitar las infecciones de transmisión sexual. Como sabemos que el preservativo no es el método ideal porque también con él se corren riesgos, optamos por sugerir el doble método: preservativo y anticonceptivos orales”.

Otro principio señalado por la Dra. Carrero es el *respeto a los espacios* de la niña por un lado y de la adolescente por otro, es decir, la asignación de un turno del día para cada grupo etéreo: en la mañana son atendidas las niñas y en la tarde las adolescentes, siendo apartada una tarde a la semana (los días jueves) para la atención exclusiva de las embarazadas. “En general, las adolescentes necesitan su espacio y no lo tienen. Aquí se lo damos desde el punto de vista de la atención. Las adolescentes suelen tener sus conversaciones que a las niñas no les interesan y a las más grandes tampoco les gusta verse rodeada de niñas, por ello hay que darle a cada grupo su propio espacio”.

Actividades

Dentro de cada uno de los servicios se siguen pasos específicos para el abordaje clínico de las y los adolescentes. Aunque no cuentan con protocolos escritos, la atención es definida por la *historia clínica*, la cual cumple con los criterios establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con algunas modificaciones relativas a la clasificación socioeconómica utilizada en Venezuela y los parámetros locales de

crecimiento y composición corporal, los cuales ayudan mucho para orientar a las y los pacientes en el aspecto nutricional. La Dra. Fuenmayor señala que la historia es amplia y compleja⁵; recoge los antecedentes personales, familiares y sociales: educación, empleo, familia, actividades, drogas, depresión y suicidio, pobreza, seguridad y sexualidad. Cuenta con un instructivo para su llenado, que es un complemento a la formación en el área de pediatría, donde ya se aprende el manejo de algunos aspectos importantes de las historias clínicas.

Dentro del área psicoemocional, continúa la Dra. Fuenmayor, se recogen tres aspectos muy importantes, como lo son el proyecto de vida –la mayoría de las madres adolescentes no tienen un proyecto de vida distinto al de ser madres y eso lo saben en el servicio-, la imagen corporal y el referente adulto. Este último está cada vez más desdibujado para el y la adolescente en nuestra sociedad, concluye la profesional.

Fanny Carrero afirma que a las y los estudiantes del postgrado de Ginecología Infantojuvenil y a las y los profesionales del servicio se les enseña cuál es el *esquema de atención* a seguir. “Hay un esquema de trabajo para cada patología. En el caso del embarazo adolescente a la paciente se le hace una historia prenatal, se le toman todos los datos, se le dan indicaciones de nutrición y se habla con ella acerca del aumento de peso que ocurrirá, se le toma la tensión y se le hace un ecosonograma. Luego pasa a sus controles mensuales –si presenta alguna complicación se atiende semanalmente, también se hace con esta frecuencia en la etapa final del embarazo-. En los controles se le hace un examen físico, control de peso, indicaciones diversas ante cualquier síntoma, se le remite a nutrición, etc. Tenemos un médico adjunto dentro del servicio que trabaja en la Maternidad Concepción Palacios, quien canaliza a las pacientes para la atención del parto. También las canalizamos por otros centros de salud –Hospital Pérez Carreño y Maternidad Santa Ana-. Es decir, la atención del embarazo adolescente no queda ‘en el aire’ una vez que la gestación termina. Si bien este hospital no está preparado para atender partos ni cesáreas, tenemos cómo canalizarlos fuera de acá”.

En el servicio de Ginecología Infantojuvenil las historias se mantienen fuera de sus espacios, es decir, se guardan en la oficina de Historias Clínicas del hospital y se solicitan cuando van a utilizarse. En Medicina del Adolescente no ocurre lo mismo: se guardan dentro del servicio. “Esto se hace para preservar la confidencialidad”, señala la Dra. Fuenmayor. “Todo paciente tiene una historia general en el hospital, pero aquí se llevan otras aparte. Esto comenzó cuando dos adolescentes, cuyos familiares trabajaban aquí, no querían que éstos pudieran en algún momento tener acceso a sus historias. No querían que colocáramos cierta información personal en la historia, pues lamentablemente en los hospitales las mismas están al alcance de cualquier persona. Así que decidimos guardar las historias en el servicio”.

Estrategias y procedimientos

En el tema de la sexualidad adolescente, indica la Dra. Carrero que el servicio de Ginecología Infantojuvenil sostiene *actividades de extensión* con

⁵ Ver anexo 2 para revisar la historia clínica del servicio de MDA, y el anexo 3 para conocer el cuestionario que llenan las y los adolescentes en la primera consulta.

algunas escuelas cercanas al hospital, a través de un convenio con el Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio del Poder Popular para la Educación (IPASME). En ellas facilitan charlas sobre sexualidad, lo cual es útil para los niños y niñas de la comunidad y también para la formación de las y los residentes del servicio.

En Medicina del Adolescente, la participación de las y los pacientes dentro de actividades organizadas por el servicio –como las *charlas y talleres*– es muy eventual. “Se han hecho talleres sobre diabetes y sobre sexualidad adolescente, pero no ha podido asegurarse la frecuencia y la continuidad de estas actividades debido al déficit que tenemos en cuanto a recurso humano”, afirma María Esperanza Fuenmayor. Al momento de la entrevista sólo había dos profesionales de planta en el servicio, una especialista y la jefa del mismo, pues otras integrantes del equipo se encontraban de vacaciones o de reposo por problemas de salud.

Dificultades

En el servicio de Medicina del Adolescente existen serias dificultades relacionadas con los *espacios de atención*. Hay pocos cubículos para realizar el examen físico, la entrevista integral y la atención psicológica a las y los pacientes. La Dra. Fuenmayor explica que “existe un proyecto arquitectónico a desarrollar, pero está paralizado desde hace tiempo. Fue diseñado por un amigo del servicio. Por ahora estamos abarrotados, tenemos sólo cinco (5) consultorios muy pequeños para la entrevista y dos (2) salas para el examen físico. A veces tenemos pacientes en cola para este último. El examen físico se hace en espacios separados de acuerdo al sexo, para facilitar a nivel visual la información sobre la sexualidad a muchachas y muchachos, es decir, en un consultorio hay información dirigida a las muchachas y en otro a los muchachos (afiches, dibujos, etc.). El espacio de atención psicológica es el mismo que el de atención médica; cuando todo está lleno le damos prioridad a psicología”.

También existen algunos inconvenientes en términos de la *referencia* de las y los pacientes a otros servicios del hospital. Afirma Fuenmayor: “algunos servicios han tenido mucha resistencia para ver adolescentes. Incluso en cierto momento alguien cuestionó que se operaran adolescentes dentro del hospital, argumentando que con lo que se invierte en ello se puede operar a un grupo de niños y niñas. Sin embargo no pasó a mayores, contamos con el aval de la Dirección del Hospital que ha sido bastante amplia. Pero hay servicios que reciben adolescentes sólo hasta los 14 años y cuando tienen 18 ya no les abren historias. Tenemos algunos problemas en el caso de pacientes con retardo mental, pues cuando tienen 18 años y mentalmente tienen 12 enviarlos a un hospital de adultos representa todo un conflicto. Hay algunas patologías como diabetes o nefropatías en estos pacientes y entonces en los servicios correspondientes sí los ven sin problema, pero no debería ser; deberían atenderse de acuerdo a su edad mental, al menos en el caso de los retardos moderados y profundos, porque en el hospital de adultos no hay personal calificado para atender estos casos y entonces viene el maltrato, la agresión a veces inconsciente al paciente”.

La Dra. Fuenmayor continúa con algunas sugerencias: “habría que sensibilizar a las y los pediatras para que atiendan adolescentes por consulta externa, por emergencia. Aquí ha habido una lucha en ese sentido,

porque a menos que fueran pacientes del servicio de MDA no se recibían adolescentes por emergencias. Esto se ha ido modificando un poco pero hay mucha resistencia todavía, y yo creo que el Ministerio del Poder Popular para la Salud debería sensibilizar a las y los pediatras en ese sentido, porque aquí no nos damos abasto para ello. De hecho tenemos que luchar hasta con la imagen que proyectamos, nos mandan al paciente cuando está deprimido porque se cree que somos un servicio de psicología exclusivamente y no es así”.

Con relación a la *maternidad adolescente*, Fuenmayor explica ciertas *dificultades en la atención* de esta población por parte de otros servicios, que preocupan a Medicina del Adolescente: “ahorita tenemos la lucha relativa a que toda madre adolescente que tenga a su hija o hijo hospitalizado se asuma como parte del servicio donde está ese niño o niña; es decir, que dentro del plan de trabajo con ese niño o niña se incluya la evaluación de la madre a nivel ginecológico y en otras áreas mínimas, por ejemplo la nutricional. No es posible que haya madres lactantes que no reciban alimentación dentro de los servicios, cuando tienen que permanecer en ellos por largo tiempo para atender a sus bebés”.

Una de las grandes fallas radica en que en el servicio *no hay trabajadoras o trabajadores sociales*. Pero tampoco el Servicio Social del Hospital puede ayudar, ya que está abarrotado con las niñas y niños hospitalizados. “En el Servicio tenemos un tope social –señala Fuenmayor-: podemos resolver algunas cosas a nivel individual y hacer diagnósticos, pero no sabes qué hacer con eso luego, porque la problemática social se nos escapa de las manos”.

Otros problemas y necesidades se relacionan con el *mobiliario* del servicio. “No hay dotación de sillas, hay varias rotas. Al servicio se le ha pedido desocupar el mobiliario viejo pero no se puede, porque no hay lugar para las historias y otros materiales mientras llega el mobiliario nuevo, no hay archivos en el hospital para dotarnos con ellos”, narra la jefa del servicio.

Hay problemas y necesidades similares en Ginecología Infantojuvenil. Falta *espacio y mobiliario*; este último (sillas, mesas, camillas, aparatos), según indica la Dra. Fanny Carrero, tiene al menos 20 años en el Servicio. La falta de espacios más amplios y mejor acondicionados influye en la *confidencialidad* que debiera sostenerse siempre en la atención a la adolescente. “A veces en un espacio está una adolescente conversando con el médico y tres pasos más allá está una madre con su hija escuchando lo que en el otro espacio está diciendo aquella paciente. Otras veces la paciente se cohibe de contar lo que le pasa porque tiene un adulto al lado oyendo. Por eso es tan difícil llevar la consulta con toda la confidencialidad y el dinamismo que se requiere, porque no contamos con suficiente espacio”, afirma Carrero.

Siendo un servicio de Ginecología, carece de un equipo de ecografía dentro del mismo. “El Hospital cuenta con un equipo de ecografía, pero estamos solicitando uno exclusivamente para el servicio. En este momento tenemos sólo dos días a la semana para consultas de ecografía. Esos días se mezclan todas las pacientes: las niñas, las adolescentes y las adolescentes embarazadas; ahí deja de cumplirse una de las metas del servicio que es atenderlas separadamente”, cuenta la Dra. Carrero. Continúa: “existen

numerosas dificultades, las camillas son antiguas y tienen la peneras partidas. No hay ventilación, no hay aire acondicionado. Las computadoras son muy viejas, con todo eso tenemos que lidiar acá”.

Resultados

En ambos servicios existe dificultad para reportar los resultados de su gestión. En el caso de Medicina del Adolescente, la Dra. Fuenmayor indica lo siguiente: “no podemos reportar nuestro nivel de eficiencia porque no nos damos abasto para hacer sistematización ni evaluación. Contamos con poco recurso humano y el trabajo asistencial consume todo nuestro tiempo. De hecho tenemos material, documentos, pero no tenemos tiempo de hacer reportes. Hasta las enfermeras están abarrotadas porque hacen también el trabajo que debería hacer una secretaria, que no tenemos. Al mismo tiempo, les toca acompañar al médico o médica en el examen físico”.

Tanto en MDA como en Ginecología Infantojuvenil se lleva lo que pudiera llamarse un registro de resultados a través de estadísticas mensuales, donde se reporta morbilidad, consultas y, en el caso de Ginecología, intervenciones quirúrgicas. Las mismas se entregan al departamento de Historias Clínicas del Hospital. Sería necesario realizar una sistematización de tales cifras⁶.

Para la Dra. Fuenmayor, el Servicio ha realizado aportes importantes a algunos problemas y necesidades de las y los adolescentes. “En los aspectos orgánicos hemos podido aportar, ya que hemos integrado servicios que solían funcionar de manera aislada, y lo hemos hecho para poder atender mejor al paciente. Tenemos servicios muy receptivos como Ginecología y Urología, que están bastante sensibilizados. En el caso de las madres adolescentes y sus bebés hemos tenido bastante receptividad en el servicio de Niños Sanos, es decir, ellas consultan aquí en nuestro servicio y cuando nace el bebé lo referimos allá; esta ha sido una relación exitosa entre los servicios, pues se logra el control y seguimiento de la joven y su bebé dentro del mismo hospital. A nivel social sí tenemos un tope, muy poco hemos podido hacer”.

En el caso de Ginecología Infantojuvenil, la Dra. Carrero señala como logros “la creación de este servicio, la formación de cada uno de los médicos y médicas y la posibilidad que le damos a las niñas y adolescentes que acuden acá de tener una vida sexual y reproductiva lo más adecuada posible; hacemos todo el esfuerzo para ello y creo que lo hemos conseguido. En cuanto a la atención y prevención del embarazo adolescente hemos logrado crear un espacio para las jóvenes, en el caso de las embarazadas existe una tarde para ellas solas, un espacio específico (para el control prenatal). Tratamos de aportar todo nuestro esfuerzo para que puedan llegar con éxito al final del embarazo, apoyarlas en el postparto, educarlas para la lactancia y para la prevención del segundo embarazo con la información y la provisión de algún método anticonceptivo”.

Componente humano

⁶ Ver anexo 4, ejemplo de reporte estadístico del servicio de MDA.

Dentro del servicio de Medicina del Adolescente es necesario que el personal médico tenga la especialidad en el tema. En el caso de las y los residentes, deben encontrarse estudiando el postgrado de Pediatría de la Universidad Central de Venezuela (UCV) o el de Medicina del Adolescente (MDA). También se puede ser pasante de Pediatría o de Psicología dentro del servicio; en esta última disciplina hay pasantes de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) y de la UCV.

Para trabajar con adolescentes se requiere un perfil muy especial, reafirma la Dra. Fuenmayor. En el servicio se enfatiza en que las y los profesionales “tengan claras dos cosas: qué les mueve, es decir, si hay una situación que les afecta tratar de poner distancia y buscar a alguien que pueda encargarse y ayudar, porque si no se puede hacer mucho daño. Lo otro es que puedan comprender que trabajar con adolescentes no es ser ni su amigo, ni su hermano, ni su mamá ni su papá puesto que, si nos colocamos en algunos de esos lugares, cuando se presente alguna situación problemática actuaremos de acuerdo a roles completamente equivocados. Así como enseñamos a madres y padres a que no pueden ser amigos de sus hijos e hijas ya que eso es un mito -aunque sí pueden llegar a ser sus personas de mayor confianza-, tenemos que entrenar a las y los médicos en que su función es ayudar, no emparentarse con el o la paciente. Por supuesto que deben hacer una empatía, ser receptivos, etc., pero hay que tener cuidado porque la adolescencia y sus dificultades mueven muchos aspectos de la vida del adulto y adulta profesional en este caso, y genera reacciones de defensa. Suele ocurrir que el médico o médica está colocado en una situación de omnipotencia, y enfrentarse con casos de adolescentes que ponen a prueba el saber y las actitudes médicas pueden descontrolarlo. Hay que saber admitir las propias debilidades y prejuicios y cuestionarlos para tratar de hacer el menor daño posible, pero no todo el mundo puede hacer eso. De allí la importancia de la sensibilización y de la formación”.

Dentro del postgrado de MDA las y los estudiantes realizan diversas pasantías, un mes por año aproximadamente en cada servicio: ginecología, endocrinología, psiquiatría, toxicología y drogas, urología, etc. Deben profundizar en todas las áreas médicas con énfasis en adolescentes. En el caso de psicología, como se dijo, el servicio cuenta con pasantes del postgrado de Psicología Clínica de la UCV y de la UCAB. Tienen la ventaja de estar supervisados por personal docente; la desventaja es que es un personal que no permanece en el servicio. La Dra. Fuenmayor se encuentra altamente sensibilizada acerca de la importancia de los aspectos psicológicos en la atención: “quienes dirigimos el postgrado y trabajamos en el servicio hemos tenido que hacer mucho trabajo psicológico, sobre todo para evitar el abordaje incorrecto de los casos y saber referir ciertas problemáticas que son psicológicas en sí mismas. Incluso, sería necesario contar con un psicólogo o psicóloga de planta, tanto para encauzar los casos como para proporcionar contención al personal ante ciertas situaciones”.

El servicio de Medicina del Adolescente está compuesto por:

- *Una jefa de servicio:* encargada de vigilar el funcionamiento del mismo, ejecutar tareas administrativas, dirigir el postgrado, supervisar las pasantías, sostener reuniones con autoridades e instituciones, rendir cuentas y enviar informes a las autoridades. La jefa del servicio también tiene funciones asistenciales.

- *Adjuntos (2)*: funciones asistenciales, diseño de charlas y talleres, docencia en el postgrado, investigación, supervisión de casos clínicos y del cumplimiento de las reglas del servicio. También cumplen con las tareas administrativas cuando no puede hacerlo la jefa.
- *Especialista I*: ejerce funciones similares a las del adjunto, pero tiene menos años de servicio.
- *Enfermeras (2)*: se encargan de buscar y guardar las historias, colocar vacunas y buscar los materiales solicitados por el servicio. Suplen a la secretaria en sus funciones.
- *Residentes*: funciones asistenciales y de formación. La atención de casos es supervisada por las y los adjuntos.
- *Pasantes*: apoyan al servicio en las áreas de psicología y pediatría, bajo supervisión docente.
- *Personal de limpieza (1)*.

En el caso de Ginecología Infantojuvenil, la Dra. Carrero señaló detalladamente el perfil y las funciones de cada profesional que labora dentro del servicio.

- *Enfermeras*: “necesitamos que tengan un buen contacto y puedan lidiar con la agresividad que muchas veces trae la gente desde fuera del Hospital. Hemos tenido muchos problemas de agresión verbal de parte de la gente que solicita la atención, porque hay pautas, reglas, igual que en las casas de todos y todas, y a veces la gente quiere pasar por encima de esas reglas. Por ejemplo, la adolescente se atiende en la tarde y el o la representante se molesta porque se lo decimos y quiere obligarnos a atenderla en la mañana. Por eso tratamos de que las enfermeras que están allí, en el primer contacto con la gente, sean lo más llevaderas posible. Nosotros también estamos muy cargados por una serie de situaciones dentro del Hospital, pero tratamos de que eso no se ligue con la agresividad que trae la gente”.
- *Residentes (4)*: “el residente es la segunda puerta al servicio. Los y las residentes tienen como primera función aprender, estudiar. Tienen funciones clínicas todos los días en la consulta, en hospitalización y en ecsonografía. Y participan en las discusiones con los adjuntos y la jefa de servicio. Tienen que realizar actividades comunitarias también (charlas en las escuelas)⁷”.

“Al residente tratamos de inculcarle que sea capaz de brindar la mejor atención para esa paciente que llega, si no hay empatía con la adolescente no se logra nada. La desventaja es que en el servicio no podemos hacer que una paciente sea vista siempre por el mismo médico o médica. Por ejemplo, a veces los médicos están en pabellón y la paciente viene a consulta y no puede atenderlas la misma persona, porque no está disponible; además, cada dos años las y los residentes se van. Aunque lo ideal sería que la paciente sea vista por la misma persona, lo importante al final en una consulta hospitalaria como esta es la calidad de la atención que se brinde. En ese sentido,

⁷ No se cuenta con información escrita acerca del diseño y contenido de los talleres en los servicios estudiados. Tampoco sobre protocolos de atención escritos.

inculcamos siempre el buen trato hacia la paciente y hacia el familiar que la acompaña. Cómo examinar a la paciente, cómo educarla, cómo educar al familiar. Eso es básico porque, a diferencia de otras consultas de ginecología, si la paciente viene con su mamá nosotros le enseñamos a la mamá cómo son los genitales de la adolescente, independientemente de que la muchacha haya tenido vida sexual o no, lo que no hacemos es contarle aquello que la paciente nos confía. Pero sí hacemos ese tipo de educación porque la gente viene con muchas fantasías. Por ejemplo, enseñamos cómo es el himen, les decimos que no es ninguna telita sino un agujero, y se lo mostramos, las educamos sobre el aseo, todo eso lo hace el residente acompañado de un adjunto. El residente viene a aprender, a liberarse de muchos prejuicios que trae de la consulta de adultos, a la adulta se le puede abordar sin tantos miramientos, a la adolescente no; uno debe pedirle permiso para todo lo que va a hacer, sobre todo cuando no han tenido vida sexual. Le explicamos siempre qué va a sentir”.

- *Adjuntos (3)*: se encargan de monitorear el trabajo de las y los residentes. También deben estudiar en conjunto cuál es el diagnóstico para cada paciente. Hacen docencia en el postgrado, monitorean la ecsonografía y asisten a la consulta. También deben ir a pabellón, pauta que se cumple los días lunes en el Servicio.
- *Jefa de servicio (1)*: se encarga de coordinar todas las actividades, de hacer el trabajo administrativo, discutir los casos y orientar. Vigila todo el funcionamiento del Servicio y la hospitalización. Debe asistir a pabellón cuando haya casos importantes que resolver y determinar el orden de los casos quirúrgicos.
- *Enfermeras*: están en consulta y en hospitalización, en esta última área hay más déficit, sobre todo en la noche que es cuando más se necesitan, según lo indica la Dra. Carrero. Se rotan en tres turnos. La razón del déficit es que se ha ido jubilando el personal y no ha habido reposición de cargos. Las enfermeras tienen como función recibir a las pacientes, tomarles peso y talla y organizarlas afuera hasta que llega el médico o médica. Colocan las vacunas, solicitan las historias una semana antes de que la paciente venga a consulta y también se encargan de buscar los materiales médicos.
- *Secretaria (1)*: transcribe los informes médicos, archiva, recibe y envía comunicaciones, etc.
- *Personal de limpieza (1)*.

En ninguno de los dos servicios existe formación institucionalizada y específica en la estrategia de derechos y salud sexual y reproductiva para el personal.

Evaluación

En el servicio de Medicina del Adolescente no existen estrategias de evaluación implementadas actualmente. La Dra. Fuenmayor argumenta que el déficit de personal les impide realizar evaluaciones y sistematizarlas.

Percibe, con base en la revisión mensual de las estadísticas, que el número de pacientes ha aumentado, que en época de exámenes las consultas disminuyen y que en vacaciones aumentan, pero haría falta una estrategia evaluativa que pudiera medir todos estos aspectos y muchos otros a lo largo del tiempo y que genere documentación. La situación de déficit del personal médico es tan grave que se realizan muy pocas reuniones de equipo, debido a que el servicio tiene gran demanda en lo asistencial en comparación con el número de médicos y médicas disponibles; todo el tiempo se invierte en la atención.

El servicio de Ginecología Infantojuvenil ha mantenido las reuniones de equipo semanales. En ellas se discute el orden de las intervenciones quirúrgicas, se analizan estos casos y las razones de su evolución. También se discuten los casos clínicos, a partir de lo cual se toman las decisiones y conductas a seguir. Al final se evalúa el trabajo semanal realizado en el servicio en todos los aspectos: formativos, asistenciales, quirúrgicos, pasantías, etc.

La Dra. Carrero indica que en una oportunidad se realizó una investigación mediante la cual las pacientes evaluaban el Servicio, pero los datos recogidos no llegaron a sistematizarse. Bestalia Sánchez de la Cruz realizó un trabajo relativo a la autoevaluación del personal del servicio, pero los resultados no reposan allí.

Innovación

La Dra. Fuenmayor considera innovador que el servicio de MDA se haya convertido, al mismo tiempo, en una estrategia de sensibilización cotidiana: “es innovador el hecho de sensibilizar, a través de una lucha titánica, a las y los pediatras de las últimas generaciones que van pasando por aquí; que entiendan que su formación incluye confrontar un conjunto de saberes, que pasa por ‘sacudirse’, que comprendan que eso también es parte del encuentro con un tipo de paciente tan particular. Sensibilizarlos para que puedan comprender las consecuencias de este tipo de atención, asumiendo que la adolescencia forma parte del crecimiento del individuo, que no es una etapa que pueda ni deba saltarse sino que es un proceso que conlleva a la adultez, la cual tampoco se decreta, ni siquiera cuando termina la pubertad. En ese sentido hemos innovado”.

Para la Dra. Carrero la innovación radica más que todo en los aspectos quirúrgicos del servicio de Ginecología Infantojuvenil: “utilizamos técnicas especiales para algunas patologías, por ejemplo en el caso de los ambiguos [intersexuales] aplicamos técnicas quirúrgicas para que tengan vida sexual y reproductiva en las mejores condiciones. También trabajamos con los aspectos psicológicos cuando existen casos complicados a nivel quirúrgico, tales como las histerectomías en niñas y adolescentes”.

Sistematización

Esta es la primera oportunidad en la que se realiza una sistematización de la experiencia de la atención a adolescentes en ambos servicios.

Replicabilidad

No se ha intentado aun replicar el servicio de MDA en otra institución del país, pero sí ha ocurrido con el de Ginecología Infantojuvenil. La Dra. Carrero da referencias de una egresada del postgrado, jubilada, que está creando un servicio similar en un hospital pediátrico de Barquisimeto, estado Lara. Dos residentes que egresarán pronto irán a trabajar allá. Otro egresado ya está trabajando en el servicio de obstetricia de dicho hospital; al ser creado el nuevo servicio será trasladado al mismo, según los planes.

Sustentabilidad

La atención a adolescentes en el Hospital de Niños ya se encuentra institucionalizada. Sin embargo, es necesario que los organismos competentes (Ministerio del Poder Popular para la Salud en este caso) presten atención a las carencias que presentan los servicios en todo sentido y que ya han sido señaladas en este documento, particularmente en cuanto a la actualización de la formación del recurso humano, espacios y mobiliario, con el fin de garantizar su continuidad.

Conclusiones

La atención a adolescentes en el Hospital de Niños "J.M. de los Ríos", brindados a través de los servicios de Medicina del Adolescente y Ginecología Infantojuvenil, constituye el único espacio diferenciado y específico para la asistencia en salud a esta población a nivel nacional, así como de formación profesional en el tema dentro de los postgrados que allí funcionan. De esta manera la preservación de su funcionamiento, a través del esfuerzo cotidiano del personal que allí labora y de la institucionalidad que lo sostiene, es fundamental. Ambos servicios poseen potencialidades que, al mismo tiempo, son la base para el mejoramiento de sus condiciones generales. Dichas potencialidades deben ser examinadas rigurosamente y aprovechadas, en beneficio de las y los adolescentes venezolanos y particularmente de la prevención del embarazo en adolescentes.

Es necesaria la actualización de la atención y la formación ofrecidas en ambos servicios para adaptarla a la estrategia de salud y derechos sexuales y reproductivos, a través de la capacitación intensiva del recurso humano en estos temas, con el fin de lograr que se haga efectiva la prevención y la participación de las y los jóvenes a través de estrategias educativas y de advocacy dentro de los servicios y hacia las comunidades. Además, se requiere mejorar las condiciones de infraestructura, mobiliario y materiales de uso cotidiano, con el fin de reforzar la confidencialidad en la atención y contar con espacios de uso colectivo que permitan la socialización de las actividades realizadas y la consolidación de la participación comunitaria.

ANEXOS

1. Visión, misión y otros aspectos del Servicio de Medicina del Adolescente.

2. Historia Clínica, Medicina del Adolescente.

3. Cuestionario Medicina del Adolescente.

4. Reporte estadístico, Medicina del Adolescente.

5. Metodología para la identificación de Buenas Prácticas en materia de Prevención del Embarazo en Adolescentes, OPS.

6. Fotografías, Servicio de Medicina del Adolescente.

7. Fotografías, Servicio de Ginecología Infantojuvenil.