

Los “escotomas” del campo médico que limitan su papel en la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes: ideas para superarlos

Olga Lucía Restrepo Espinosa¹

RESUMEN

Este artículo revisa el papel del campo médico en la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes; a partir de una perspectiva histórica de la configuración de dos especializaciones médicas para intervenirla –la Medicina de Adolescentes y la Ginecología Infanto-Juvenil– identifica aspectos que actúan como “escotomas” limitantes de su capacidad resolutoria en la problemática de la SSR. Rescata aportes teóricos de corrientes crítico-sociales, resaltando algunos del movimiento latinoamericano de salud colectiva y de las teorías feministas, fundamentales para superarlos tales como la determinación social y del género en la salud y enfoques y prácticas médicas institucionalizados en Latinoamérica, que yacen detrás de políticas que perpetúan las inequidades en salud en este campo de la SSR. Por último, revela un novedoso concepto: el de “ciudadanía sexual” útil para integrar dichos aportes teóricos y metodológicos en un análisis relacional con sexualidades, subjetividades e identidades. La incorporación de estos desarrollos teóricos en programas de formación médica daría un profundo giro al papel del campo médico interpelado por el nuevo marco conceptual y ético del sistema de Naciones Unidas, acordado en las conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995), instando a los estados a ofrecer políticas con garantías de los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

PALABRAS CLAVE

Adolescentes; Derechos Sexuales y Reproductivos; Medicina del Adolescente; Salud Sexual y Reproductiva

SUMMARY

“Scotomas” of the medical field that limit its role in sexual and reproductive health of adolescents. Ideas to overcome them

This paper reviews the role of the medical field in adolescent sexual and reproductive health (ASRH). A brief historical account of the emergence of two specialties -Adolescent and Young

¹ Pediatra, especialista en Medicina del Adolescente y del Adulto Joven. Profesora asociada, Departamento de Pediatría y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. PhD (d) en ciencias sociales.
Correspondencia: olucres23@hotmail.com

Recibido: febrero 17 de 2013

Aceptado: agosto 22 de 2013

Adult Medicine and Youth and Adolescent Gynecology- shows a predominance of the medical views and practices that act as “scotomas” limiting the role on ASRH promotion. It offers a conceptual framework built from critical social sciences, standing out the innovative contributions made by the Latin American collective health and feminism movements to overcome such “scotomas” by offering a better comprehension of key points involved in ASRH. Among them: the social and gender determination on health, the hegemonic medical institutional discourses and practices that perpetuate health inequities in relation to sexualities, subjectivities and identities of patients. The concept of “sexual citizenship” is presented as a useful analytical and methodological tool to integrate all these key points. Their incorporation into medical training programs would produce a deep turn in medicine granting the fulfillment of goals set out in the international conferences of Cairo and Beijing that urged governments to carry out actions to attend adolescent’s needs and demands by granting their sexual and reproductive rights (SRR), thus providing the enhanced role that medicine must play in ASRH.

KEY WORDS

Adolescent; Adolescent Medicine; Sexual and Reproductive Health; Sexual and Reproductive Rights

INTRODUCCIÓN

La emergencia de la Medicina de los Adolescentes (MA) y de la Ginecología Infanto-Juvenil (GIJ), interesadas en la problemática de la salud juvenil, tuvo su origen a partir de la configuración de las nociones de “juventud” y “adolescencia” en las sociedades occidentales de Europa y Norteamérica en el siglo XIX, por la necesidad de regulación e intervención de comportamientos y enfermedades que se presentaban en una etapa considerada incompleta, por ser de “tránsito de la niñez a la adultez”, en medio de un debate social y político sobre la sexualidad, que sigue sin saldarse (1,2). Desde entonces, la adolescencia resulta ser una etapa objeto de medicalización de los jóvenes, especialmente por la tradición de intervenir y controlar la sexualidad y el comportamiento sexual, proveniente del saber de la medicina (2,3). Estos dos campos médicos surgen para ayudar a clarificar, sin lograrlo, el debate polarizado entre unos actores

que defendían la necesidad de delegar en la iglesia la educación y preparación sexual de los jóvenes y otros que creían que dicha tarea le correspondía a la institución médica (1-3). Desde entonces, se afianzó el estigma de la adolescencia como una etapa no solo tormentosa, sino también conflictiva y amenazadora para el orden social establecido (1-4).

La génesis de los campos médicos que intervienen en la salud de los adolescentes se halla en la medicina escolar por la explosión en el siglo XIX de programas de internado para adolescentes varones, que dio origen a los primeros artículos científicos sobre prescripciones y rasgos médicos dirigidos al cuerpo y a los comportamientos (1,2,5,6).

Aunque hay escritos de médicos dedicados a este campo, se reconoce como pionero del mismo al sicólogo estadounidense Stanley Hall (1,2,4-6). La psicología, antes que la medicina, fue la disciplina socialmente responsable de la intervención de la salud de los adolescentes. En la obra del autor *Adolescencia: su psicología y su relación con fisiología, antropología, sociología, sexo, crimen, religión y educación*, publicada en 1904, recomienda las intervenciones médica y psicológica como únicas medidas garantes de la adquisición de funciones y capacidades para una vida adulta digna de las normas de la época, con una analogía entre las características de la juventud y la adolescencia con el Medioevo y el Renacimiento, que denominó “Teoría de recapitulación” (1,4,5). Según Hall, para poder enfrentar situaciones que le evocaran valentía, juicio, responsabilidad, compromiso y respeto por los demás, el adolescente precisa de la guía de estos profesionales expertos en el tratamiento de la crisis emocional que causaba su paso por una etapa ávida de exploración y experimentación (1,2,4,5). Esta conceptualización fundamenta el enfoque de las especializaciones médicas emergentes (2,4-6) al igual que las nociones de adolescencia y juventud configuradas en campos como la psicología y la sociología (1,3). Las especializaciones médicas presentan diferencias en su devenir conforme a contextos, recursos e intereses de orden ideológico, político, religioso y económico de las sociedades donde se configuran, sin que ninguna escape al debate sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva (SSR) y derechos sexuales y reproductivos (DSR); este debate tuvo origen y luego se intensificó en la segunda mitad del siglo XX, cuando

las conferencias internacionales de Población y Desarrollo de El Cairo, 1994 (7), y de la mujer, de Beijing, 1995, (8) hicieron eco de las conquistas políticas y de reconocimientos de derechos de la mujer, feminismos, movimientos juveniles y colectivos tales como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales e intersexos, (LGBTTI), con diferentes identidades (7-9). Estos colectivos lucharon para cambiar ideologías y teorías científicas convencionales detrás de las políticas de sexualidad que se consideraban moralistas y excluyentes de la diversidad sexual (7-9). A partir de estas conferencias, Naciones Unidas ofrece un nuevo marco ético, político y conceptual para atender integralmente la SSR promulgando los DSR como parte de los derechos humanos fundamentales sin exclusiones de género, etnia, edad, religión, clase social, estado civil y orientación sexual (7,8). Este nuevo marco político estimuló el despliegue de estudios en la región latinoamericana enfocados a guiar la toma de decisiones políticas para reducir la problemática de la SSR de los adolescentes en esta región donde hay elevadas tasas de embarazo en ese grupo de edad (10,11). Una búsqueda efectuada en bases de datos especializadas y repositorios de tesis de maestría y doctorales, usando las palabras clave enumeradas en este artículo, halló más de 3.800 publicaciones, que comparten algunos de los vacíos de información del enfoque teórico que dio origen a los dos campos médicos especializados en SSR de adolescentes ya configurados. De hecho, la presente revisión tiene como propósito mostrar los vacíos de información que actúan como “escotomas” al limitar la visión y acción del campo médico ante la complejidad de los fenómenos sociales determinantes de la SSR y de los DSR, superables mediante un diálogo interdisciplinario que reconozca aportes teóricos provenientes de posturas epistemológicas alternativas de las ciencias sociales, las ciencias de la salud, el movimiento latinoamericano de salud colectiva y las teorías feministas. Todo esto, con el interés de la autora de contribuir a la adecuación y transformación de algunos enfoques y prácticas discursivos que se reproducen en el proceso de formación médica.

LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE ADOLESCENTES (MA)

En 1918 se publicó el primer artículo de carácter científico que sintetiza las necesidades y los problemas

médicos específicos en adolescentes atendidos en la clínica de la Universidad de Stanford (12). Dicha publicación estableció los principios que rigen la atención médica de los adolescentes. No obstante, este llamado a desarrollar un campo específico en MA solamente logró cristalizar casi 40 años después con la apertura de la primera unidad de adolescentes en el Hospital Infantil de Boston, innovando con un modelo de atención que antepone los intereses y los derechos del adolescente a los de sus padres. Con esta medida se garantiza el acceso de los adolescentes a entrevistas confidenciales con su médico sin la presencia de otros adultos que constriñan su derecho a discutir y a decidir particularmente sobre su salud mental y su sexualidad (13). Con ello, se impulsaron leyes en la mayoría de los estados norteamericanos para otorgar, bajo el principio de emancipación, el acceso a servicios incluyendo hospitalización y tratamiento en SSR y salud mental, entre ellos el acceso a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria de los embarazos no deseados (14). Este modelo de atención se convirtió en el prototipo de los servicios en un número importante de hospitales infantiles de Estados Unidos y Canadá (5,13-15).

La génesis de la especialidad en MA recorrió tres fases. La primera consistió en la conformación de un campo de salud escolar para responder a las necesidades de los estudiantes varones internos de enseñanza secundaria y superior; se creó en 1884 con la Asociación de Oficiales Médicos Escolares (*Medical Officers Schools Association*) (4,5). La segunda se caracterizó por la consolidación profesional y académica de la especialidad con despliegue de unidades hospitalarias públicas y privadas, aparición de un programa de formación en el hospital de Boston en 1941, creación de la nueva especialidad en MA por parte de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y de la Sociedad de Medicina del Adolescente (SAM) a finales de la década de los años sesenta lo cual condujo a la adopción por la Organización Mundial de la Salud (OMS) del conocimiento científico derivado de esta experiencia norteamericana para replicar en los países miembros a finales de los años ochenta (5). La tercera fase condensó la formalización de programas de especialización en las disciplinas médicas de Pediatría, Medicina Familiar y Medicina Interna a finales de los años ochenta y comienzos de los noventa (4,5). De esta historia, varios eventos merecen ser destacados:

1. La publicación de las Guías para la Administración de Servicios Preventivos de la Salud Integral Adolescente (*Guidelines for Adolescent Preventive Services: GAPS*) que prescriben las condiciones, características, tipos de servicios y temas de salud que deben seguir quienes trabajan en esta rama médica (14).
2. Los primeros exámenes de certificación de esta especialidad en Estados Unidos fueron en 1994, y al año siguiente se dio la acreditación de 39 programas de entrenamiento en ese país y en Canadá (5). En Latinoamérica existen módulos de capacitación en varios países, pero que no se consolidan en programas formales en las facultades de medicina (5), contrario a la institucionalización y desarrollo que la MA ha tenido en Estados Unidos, Canadá y Europa. Una explicación de esta diferencia del curso de esta especialidad en Latinoamérica es el posible efecto que han tenido los cambios estructurales introducidos por las reformas de la salud y la educación en los diversos contextos de los países de la región que coincidieron en el tiempo con el desarrollo de la especialidad en Norteamérica.
3. La discrepancia entre el despliegue de políticas de sexualidad y juventud desde los años noventa en la región de las Américas, como parte de los acuerdos hechos por los estados para cumplir con los mandatos de las conferencias de El Cairo y Beijing (7,8), y el escaso desarrollo de programas de formación académica en los campos de la MA y la GIJ; y la aparición de nuevos contextos causados por los procesos de reformas en los sistemas de salud y educación en la misma década, justifican plenamente las investigaciones que conduzcan a nuevos conocimientos en el campo de la SSR. La experiencia de la autora durante su entrenamiento en MA en *George Washington University* (GWU) en la Unidad de Adolescentes del *Children's National Medical Center* entre 1992 y 1995 ratifica la necesidad de que la población adolescente pueda contar con los avances técnicos y científicos que han alcanzado estas especialidades para mejorar su salud con impacto en la morbilidad y la mortalidad (14,15).

LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA INFANTO-JUVENIL (GIJ)

El surgimiento de la especialidad en Ginecología Infanto-Juvenil (GIJ) siguió un camino diferente al de la MA (6). Según lo señala Barbosa, el primer servicio de ginecología infantil en 1940 y el primer programa de entrenamiento médico en 1953 fueron liderados por un ginecólogo y obstetra checoslovaco de apellido Peter (6); si bien, durante esa década también aparecieron libros publicados en Estados Unidos, Inglaterra y Francia, fue Fuman el pionero, al escribir el primer tratado de formación y práctica médica sobre ginecología de la infancia y la adolescencia a finales de los años sesenta en Estados Unidos (6). Por la misma época, en el mismo país, aparecieron cursos de especialización dirigidos por Althec y Capraro (6). Contrario a lo ocurrido con la MA, la GIJ cuenta con la Federación Internacional de Ginecología Infanto-Juvenil (FIGIJ), creada en Suiza en 1971, que confedera, regula y certifica a profesionales practicantes en este campo. En América Latina y el Caribe existe desde 1993 la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia (ALOGIA), un capítulo de la FIGIJ. Este respaldo asociativo facilita la gestión ante las industrias farmacéuticas y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, estimulando la investigación con prioridad en lo tecnológico que desentona con el escaso desarrollo en la formación académica. Mientras que cinco universidades ofrecen la especialidad en Norteamérica y cuentan con la certificación por parte de la misma Federación, solo seis universidades, en República Checa, Hungría, Venezuela, Chile y Filipinas, la ofrecen con la debida acreditación por esta organización (6).

LOS "ESCOTOMAS" DEL CAMPO MÉDICO CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

La consolidación de los enfoques biomédico, higienista y *preventivista* de la salud concuerda con la historia de la configuración de estas dos especialidades médicas. Así, los primeros textos presentan las conductas y prácticas sexuales consideradas "normales" y que debían promoverse en oposición a las "aberrantes" como onanismo, felación y homosexualidad, que debían proscribirse en los varones escolarizados, de acuerdo con los cánones morales y de desviación de

la normalidad establecidos para la época (2,4.). Posteriormente, hacia el año 1909, se publicó la primera descripción de los estadios del desarrollo mamario en las adolescentes sin mayores avances científicos que los señalados para la salud escolar de varones adolescentes (5,6). Durante las décadas de los años treinta y setenta del siglo XX, época de mayor consolidación del poder de élite de la institución médica en Estados Unidos (16), Dorfman, Greulich y colaboradores dilucidaron el funcionamiento hormonal de la pubertad, que fundamentó un sistema de medición clínica y de clasificación de la evaluación del proceso de maduración sexual de varones y mujeres, diferenciados según el sexo biológico (17,18). Este sistema dio ordenamiento a las características sexuales con base en el grado de desarrollo gonadal para cumplir con la función reproductiva; lo perfeccionaron Tanner y Marshall en 1971 y constituye, hoy en día, el núcleo teórico sustantivo del campo médico de la sexualidad de los adolescentes (19-23). Es este un importante aporte teórico, pero insuficiente porque no incluye otros aspectos constitutivos de la dimensión sexual del adolescente, no relacionados con la anatomía y la función reproductiva.

Los textos especializados de consulta describen en detalle patrones estándar del crecimiento, funcionamiento y comportamiento sexual "normal" de las mujeres y los hombres que transitan por la pubescencia y la adolescencia (14,18-23). Así, esta manera de interpretar la SSR de los adolescentes conduce a una acción médica limitada a signos, síntomas, farmacoterapias y prácticas para la higiene y la curación y prevención de las enfermedades y desviaciones, sin la suficiente atención a otras dimensiones humanas y sociales del sujeto adolescente igualmente determinantes de su SSR (14,19-23). Sin embargo, hay capítulos que reflejan las pugnas ideológicas en torno al debate sobre sexualidad que dio origen a los dos campos descritos, y que siguen sin cerrarse, al enfrentar los enfoques funcionalista, higienista y *preventivista* con el tradicionalista y moralista (14,19-23). En unos libros se vislumbran respaldos a los enfoques laicos, liberales y humanistas, reconocedores de los DSR de adolescentes con identidades y sexualidades diversas; al acceso durante la pubescencia y la adolescencia a métodos anticonceptivos de mayor desarrollo tecnológico, y al aborto en casos de embarazos no deseados (14,22,23). Es probable que estos últimos admitan

las conquistas por la reivindicación de los DSR de movimientos juveniles, de mujeres, del feminismo, de los grupos étnicos y de la población LGBTTI, que adquirieron protagonismo en la arena política global a partir de la segunda mitad del siglo XX (3,9). Este esfuerzo, como lo reitera esta revisión, dio sus frutos con la redefinición de la SSR y la promulgación de los DSR como parte de los derechos humanos en las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing dando todo el respaldo a estos nuevos enfoques por ser más sintónicos con los principios democráticos (3,7-9).

En este nuevo marco y con la intención de acompañar a los gobiernos a cumplir con las obligaciones de El Cairo y Beijing, se intensificaron los estudios epidemiológicos para un diagnóstico de la problemática de la SSR juvenil que sustente la formulación de las políticas, pero sin cambios en la postura epistemológica que ha guiado la acción médica tradicional (10,11,14,15).

Sin duda, los avances científicos provenientes de este tipo de estudios epidemiológicos permitieron estandarizar un sistema de vigilancia para hacer estudios comparativos entre distintos contextos, reforzando la práctica de construir patrones, tendencias de tasas y de comportamientos indicativos de riesgos y ocurrencia de la problemática de la SSR específica para este sector poblacional, que son de gran valor diagnóstico para conocer su magnitud, probabilidad de ocurrencia y algunas de sus causas (10,11,14,15,19-23). Todos estos estudios describen una relación inversa entre indicadores de esta problemática como, por ejemplo, la tasa de embarazos en adolescentes y el acceso de estos individuos a recursos materiales y sociales en su entorno. Algunos corroboran la resistencia del personal del sector de la salud en la región latinoamericana a tratar el tema con adolescentes sin tabúes, moralismos y prejuicios (10,11,14), mientras que otro evidencia el impacto en la reducción de las tasas de embarazo adolescente cuando estos profesionales se despojan de tales barreras (15). La falta de acciones positivas por parte de los estados para invertir esta relación da sentido a las denuncias hechas por movimientos sociales y políticos, sobre la necesidad de que este sector de la medicina haga investigaciones desde nuevas epistemologías y teorías que expliquen las desigualdades y diferencias en función de género, subjetividades, normas, culturas, políticas e inequidades en salud entre otras categorías, que han sido analizadas

desde la perspectiva de distintas disciplinas como la salud colectiva, la medicina social y teorías de género, dentro del campo de las ciencias sociales.

Así las cosas, adquiere importancia en la actualidad la idea de un campo médico configurado históricamente con “escotomas” limitantes de la respuesta a las necesidades en SSR de los adolescentes, para explicar las diversas causas del fracaso en la prevención de los problemas de salud de los adolescentes y adultos jóvenes.

Las corrientes epistemológicas histórico-hermenéuticas y crítico-sociales (24,25) ofrecen posibilidades de llenar esos vacíos que operan como “escotomas” para lograr una mayor comprensión de los problemas y soluciones de salud de los adolescentes. Esto llevaría a la superación de prácticas discriminatorias e injustas con predominio de ideologías sexistas y falsamente moralistas.

APORTES DE LAS CORRIENTES TEÓRICAS HISTÓRICO-HERMENÉUTICAS Y CRÍTICO-SOCIALES DE LAS CIENCIAS SOCIALES EN LA SALUD PARA SUPERAR LOS “ESCOTOMAS” DEL CAMPO MÉDICO CON LA SSR DE ADOLESCENTES

Los modelos de atención en salud impuestos por las reglas del mercado (26-30) no se corresponden con los principios y la misión de la medicina e impiden también el avance de las metas de la SSR. Existe un debate en torno a las connotaciones teóricas y políticas de esta falta de correspondencia. De un lado, desde los años setenta, el movimiento de medicina social y salud colectiva en América Latina habla de un “modelo de determinación social” (26) que tiene que ver con el sometimiento del campo de la salud de los países “periféricos” a intereses económicos y políticos de los países “potencias” o del “norte” que ha ido estableciendo prácticas discursivas y configurando instituciones sociales que reproducen inequidades estructurales y deterioran seriamente la situación de derechos y de salud de sus poblaciones (26-28). De otro lado, la OMS creó en 2007 la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (DSS), que define como “circunstancias en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” las personas incluyendo el acceso a “sistemas de salud” que faciliten el poder necesario para controlar, apaciguar y combatir enfermedades y riesgos que

impiden disfrutar su vida (29,30). En resumen, estos son “el conjunto de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas” que inciden en los ámbitos individual, cotidiano, institucional y estructural; así, en lo personal, definen “estilos de vida” particulares que en la cotidianidad se materializan en los cuerpos de las personas que los comparten como unos “modos de vivir” (26) o “estilos de vida colectivos” (29,30). Las implicaciones de los determinantes en el campo médico y la SSR de los adolescentes revelan un escotoma en la práctica médica que se limita a recomendaciones impotentes para cambiar estilos de vida no saludables, sin tener en cuenta que son producto de las oportunidades que define el medio social en que transcurre la vida cotidiana de los adolescentes (26-28). La diferencia sustantiva del “modelo de determinación social” propuesto por académicos del movimiento de salud colectiva con los DSS de la OMS es el acento que los primeros ponen en las relaciones de poder económico y político de las potencias mundiales representadas en las reformas estructurales que vienen acaeciendo en Latinoamérica (26-28). En ambas perspectivas se menciona el papel categorico de “las inequidades en salud” (IS) para el análisis de la determinación social porque ellas hacen visibles las diferencias evitables que resultan por la omisión o acción injusta e inequitativa del Estado para que los sectores poblacionales excluidos puedan superar las barreras de acceso a las condiciones materiales para promover su salud, y que las políticas deben propender a eliminar (26-30). En el caso de la SSR y los DSR de adolescentes, estos enfoques teóricos sobre condicionantes de formas de vida revelan inequidades en el acceso a los recursos técnicos y tecnológicos, a los servicios de salud y al reconocimiento de derechos (3,9,31,32).

Los cambios en los enfoques de las políticas de SSR que buscan prevenir el embarazo en adolescentes evidencian la ventaja en el alcance de las mismas con la incorporación del enfoque de los DSS y las IS. Mientras que la AAP emplea términos como “embarazo prematuro”, “embarazo precoz”, “embarazo escolar” o “embarazo adolescente”, basada en el enfoque de lógica racional e individual, para explicar su ocurrencia por las decisiones equivocadas que toman por causa de la inmadurez física, cognitiva, emocional y social típica en esta etapa del desarrollo humano, la MA lo denomina “síndrome del fracaso social”, “puerta de entrada a la pobreza” o “trampa de la pobreza”

para intervenir las consecuencias del evento en el futuro de quienes lo sufren (33-35). Por el contrario, la incorporación del enfoque de determinación social y de la categoría analítica de las IS señala el “fracaso del Estado Social de Derecho” y muestra el impacto en el acceso a servicios sociales y en la prevención efectiva teniendo en cuenta las necesidades básicas insatisfechas y satisfechas (31).

Un segundo aporte, útil para ampliar el foco de análisis de los determinantes de la SSR de los adolescentes, es el efecto que en esta tiene el tipo de institución médica configurado históricamente, en gran medida para satisfacer intereses políticos y económicos de las élites dominantes que poco tienen que ver con la misión médica y los derechos de sus pacientes (36-40). Desde los años ochenta proliferaron estudios con enfoques históricos de la institución médica, revelando sus rasgos distintivos en el ejercicio profesional tendientes a subestimar los saberes e intereses de los pacientes, al reproducir a lo largo del tiempo las mismas prácticas sociales de exclusión y violación de los derechos de unos grupos sociales catalogados como erráticos en la dirección de sus vidas y sus sexualidades (36-39). Sin distinción de marcos teóricos y metodológicos, varios estudios destacan el poder determinante del saber médico en la persistencia de enfoques moralistas y arbitrarios y en el despliegue expansivo de un estilo de discurso y práctica profesional débil para tener una comunicación abierta y objetiva con sus pacientes (36,38,39). En resumen, la institución médica en Norteamérica y Europa, erigida en los siglos XVIII y XIX, conquistó una posición de élite en los estados modernos porque pudo conjugar estratégicamente una subcultura y un lenguaje técnico exclusivos de este campo con el poder de la práctica clínica para dictaminar las características y conductas aceptables (normales) e inaceptables (anormales y aberrantes) de una sociedad (37,38). En la región latinoamericana, el antropólogo Eduardo Menéndez, en 1990 propuso un marco para el análisis de la institución médica en tanto determinante de la inequidad en salud de la población, que denominó como “Modelo Médico Hegemónico” (MMH) (40). Este modelo explica la replicación del proceso de “colonización” durante los siglos XVIII y XIX en el campo médico latinoamericano, receptor de la expansión de la institución médica configurada en los países del norte, caracterizada por la exclusión de los patrimonios culturales, sociales y políticos de

los pueblos colonizados y la legitimación de saberes aceptados bajo los criterios eurocéntricos de “cientificidad” (lenguaje técnico aceptado), por parte del Estado que se ordenaba, todo esto ahondando las brechas de desigualdad social abiertas durante la época colonial (40). Es así como investigaciones sociales que analizaron los campos de la ginecología y la obstetricia y de la medicina familiar y general a cargo de la SSR en México, con este modelo, encontraron que la estrategia de “medicalización” la usa recurrentemente este personal con fines demográficos para el control de las tasas de natalidad, creando con ello una barrera para el acceso de las mujeres a la información científica y a los avances tecnológicos que les permitirían vivir una sexualidad placentera, autónoma y desligada de la función reproductora, hoy en día considerados derechos fundamentales (41,42). En la misma línea de análisis crítico a la institución médica, el médico y sociólogo mexicano Édgar Jarillo enfatiza el impacto negativo de los intereses económicos y políticos predominantes en el contexto mexicano actual, en la lógica, ética y dispositivos pedagógicos que operan en la formación médica y que conducen a un detrimento de su calidad (43). Se alerta con estos aportes, que las disciplinas médicas han sido afectadas por una especie de “escotomas” que deben ser reducidos mediante cambios curriculares orientados a ofrecer servicios armónicos con las necesidades y demandas de la juventud de hoy, especialmente que lleguen de forma amigable y respetuosa a aquellos adolescentes que personifican el abandono del Estado y, en consecuencia, sufren intensamente la problemática de la SSR.

Lo anterior contrasta con comunicaciones e investigaciones desde la perspectiva de la MA y la GIF, en Estados Unidos y Canadá, que demuestran un descenso de las tasas de embarazo adolescente como resultado del acceso a una atención médica especializada (14,19-23,33-35).

Sin duda, el papel del campo médico en la SSR y los DSR de los adolescentes debe ser parte central en la formulación de políticas para su promoción, teniendo en cuenta la influencia que ejercen las reformas de la salud y la educación y el impacto que las políticas neoliberales están teniendo en la vida de los jóvenes latinoamericanos como se ha denunciado en México (44).

APORTES DE LAS TEORÍAS FEMINISTAS PARA SUPERAR LOS “ESCOTOMAS” DEL CAMPO MÉDICO EN LA SSR DE LOS ADOLESCENTES

El punto de partida en todas las corrientes teóricas feministas es la necesidad de revelar la subordinación y exclusión históricas de la mujer en los procesos de configuración de las sociedades y estados modernos, sin que la ciencia escape a esta práctica (45). También avanzan en interpretaciones alternativas a las que ha hecho la ciencia convencional y en el debate sobre sexualidades, género, poder, política y salud, que separen la condición biológica (sexo) de la construcción social que la acompaña (género); acentuado con los cuestionamientos introducidos por nuevas corrientes del feminismo que fundaron mujeres y grupos académicos excluidos por pertenecer a orientaciones e identidades sexuales, clases sociales, culturas y etnias diferentes a las mujeres anglosajonas y europeas de clase alta, que inauguraron el feminismo igualitario a comienzos del siglo XX (45).

El ensayo “Género una categoría útil para el análisis histórico” escrito en 1986, por Joan Scott, recalca la necesidad de que el concepto “género” no sea más una simple variable dependiente, sino que se convierta en *la categoría principal* del análisis, permitió importantes desarrollos en el campo de las teorías feministas, en particular de aquellas interesadas en el esclarecimiento de los determinantes de las sexualidades y la salud distintos a los biológicos (46). Este cambio llevó a que fuera el género lo que definiría marcos conceptuales, enfoques metodológicos y preguntas de investigación para entrecruzar sus nexos con las identidades subjetivas, las estructuras sociales, los preceptos normativos y los sistemas simbólicos, y así poder comprender cómo todo esto se traduce en jerarquías de un poder legitimado por el discurso científico y médico tradicional que naturaliza las inequidades y subordinaciones históricas de las mujeres y demás grupos sociales que hoy reclaman su lugar olvidado en la historia (45,46). En este sentido, el campo médico debe tener en cuenta el impacto del género en los indicadores tradicionales de salud, así como en la percepción y búsqueda del bienestar de mujeres, varones y sujetos con identidades diversas, de acuerdo con los referentes de masculinidad y femineidad impuestos por el mundo social, desde una perspectiva

interdisciplinaria constructivista y relacional, que frecuentemente relega los enfoques positivistas y funcionalistas que priman en la disciplina médica desde su origen (47,48).

A partir de este cambio de enfoque en las investigaciones de género en salud, se ha podido construir evidencias sobre una mayor exposición a riesgos en salud por parte de las personas que siguen fielmente las “normas sociales genéricas” por efectos de la relación del rol de género con la violencia y con la ausencia de autoconciencia y de prácticas de autocuidado; por el contrario, está la sustantiva mejoría en los indicadores de salud entre los críticos desobedientes de esos mandatos culturales, que optan por nuevos estilos de vida con mayor conciencia y autocuidado (49,50). En Estados Unidos, el antropólogo Courtenay analizó el impacto del género en la violencia juvenil y en la salud de los adolescentes varones defendiendo la idea de promover conciencia y capacidad crítica en estos sujetos para que se despojen del régimen genérico que los somete a estos riesgos (48). En México, investigaciones del sociólogo Stern en el campo del género, los DSS y la SSR de los adolescentes ofrecen elementos teóricos y metodológicos al campo de las políticas y de la salud con mejor efectividad en la solución de esta problemática (50,51). En Colombia, estudios antropológicos han contribuido a esclarecer la relación del género, la raza y la clase social con las expresiones de la sexualidad y la ciudadanía en jóvenes, lo que podría ampliar los enfoques del campo médico hacia la SSR (52,53). En todos hay reconocimiento de la preponderancia del género en la configuración de las instituciones sociales y políticas que imponen una hegemonía con relación a identidades, estilos de vida, conductas sexuales y prestación de servicios médicos que impactan negativamente la salud.

La lucha significativa del feminismo y del movimiento LGBTTI logró transformar las bases teóricas, políticas y culturales en el dominio de los DSR e introducir el novedoso concepto de “ciudadanía sexual” (CS), que integra aportes de estos nuevos enfoques para el análisis de las políticas y las problemáticas de la SSR (45,54-56). Aunque el concepto de CS está en proceso de construcción, la propuesta de definición que hacen unas autoras mexicanas con amplia trayectoria investigativa en estos dominios podría convertirse en un marco útil para analizar aspectos

de la SSR y los DSR de los adolescentes que han estado por fuera del enfoque médico (54). Según las autoras, la CS es el “conjunto de prácticas (culturales, simbólicas y económicas), de derechos y deberes (civiles, políticos y sociales) que fijan la pertenencia de las personas a un cuerpo político” que valora la búsqueda colectiva de “posibilidades para el ejercicio de los DSR” y posibilita la construcción de una ciudadanía que sostiene la idea real de democracia en la vida cotidiana porque permite que cada quien pueda “vivir y actuar sobre sus diversos deseos y placeres sexuales” (54). Esta definición agrupa otros aportes teóricos de las teorías feministas: 1) la necesidad de reconocer que existe una “diversidad sexual” que controvierte los dispositivos sociales configurados para controlar el cuerpo sexuado, subjetivo, individual y político al intentar con ellos homogenizar la heterosexualidad como la única norma aceptable (55,56), y 2) la redefinición de la sexualidad como un producto social complejo que engloba la dimensión humana erótico-amorosa que trasciende el enfoque médico que la reduce a indicadores, signos, comportamientos y prácticas fijadas por características biológicas destinadas para la función reproductiva (55). Por eso el análisis de la CS y de las sexualidades requiere contemplar tres ejes conceptuales que se superponen sin un orden lineal particular porque pueden variar a lo largo del ciclo vital de cada persona, sin que ello represente una enfermedad: 1) la orientación sexual como expresión de la dirección erótico-afectiva del objeto amoroso, 2) la identidad sexual indicativa de la definición sexual asumida y 3) la expresión sexual, signo de las preferencias, los comportamientos y las prácticas sexuales adoptadas (55). Esto implica reconocer que el proceso de construcción de la identidad sexual que predomina excluye a los sujetos de la posibilidad de construir identidades que están socialmente aceptadas a la vez que les impide vivir una vida sexual fundada en el derecho al placer y el deseo, como condición fundamental para consolidar la anhelada cultura que reconozca y respete la diversidad sexual (56).

El diálogo del campo médico sobre estos enfoques con profesionales del campo de las ciencias sociales promete mayor comprensión de asuntos complejos imbricados con sexualidades, subjetividades e identidades en la SSR de los adolescentes liberándola de los históricos “escotomas”.

CONCLUSIONES

La diversidad y complejidad de los aspectos que determinan la SSR de los adolescentes, planteadas en este artículo, demuestran que la institución médica configurada históricamente con la misión de promoverlas es insuficiente. Porque adquirió a lo largo de su proceso de configuración unos “escotomas” que reducen su análisis, comprensión y acción, porque los enfoques de origen asumen una postura epistemológica y ética que le asigna la mayor responsabilidad a la lógica racional individual deficiente, inherente a la adolescencia, en cuanto una etapa distintiva por el despliegue de comportamientos erráticos y riesgosos en el plano sexual por causa de la inmadurez en el funcionamiento biológico, cognitivo, psicológico y social que la caracteriza, dejando a un lado el papel de otros componentes sociales y políticos que determinan la problemática de la SSR.

Sin embargo, hay estudios que evidencian beneficios en el acceso de los adolescentes a servicios médicos de especialistas en MA y GIJ en los países de Norteamérica y de Europa en donde se configuraron esos dos campos médicos, reflejados en las bajas tasas de embarazos no deseados y en otras tasas de morbilidad de SSR. En estos campos se introducen cambios en las prácticas tradicionales médicas, que generan mayor competencia para abordar estos temas con los adolescentes. No obstante, los avances en estas especialidades no se han consolidado suficientemente en las políticas e instituciones formadoras de profesionales de la salud en la región latinoamericana, a pesar del notorio ascenso de las tasas de morbilidad y de embarazos no deseados ni planeados de adolescentes.

Un diálogo interdisciplinario que enriquezca el proceso de formación médica con los desarrollos de estos dos campos, la MA y la GIJ, y con otros aportes teóricos elaborados desde corrientes epistemológicas crítico-sociales en la salud y los feminismos ayudará a superar esos “escotomas” del campo médico. Las herramientas conceptuales y metodológicas novedosas que ofrecen todos estos aportes los eliminaría, con miras a la promoción de una nueva “ciudadanía sexual” que promete, por fin, generar una conciencia política y unos estilos de vida capaces de promover sexualidades placenteras libres de la problemática de la SSR que amenaza la vida y los derechos de los adolescentes. Igualmente, estos nuevos enfoques construirían

en forma efectiva el nuevo marco ético, político y teórico acordado en las conferencias mundiales de El Cairo y Beijing. Al fin y al cabo, la sexualidad es un asunto político que trasciende la lógica racional y el funcionamiento orgánico en el plano individual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kett JF. Adolescence and youth in nineteenth century America. *J Interdiscip Hist.* 1971 Jan;2:283-98.
2. Kett JF. Teaching sex: the shaping of adolescence in the 20th century. [Review of: Moran, J.P. Teaching sex: the shaping of adolescence in the 20th century. Cambridge, Mass.: Harvard U. Pr., 2000]. *J Soc Hist.* 2002 Jan;35(3):708-10.
3. Morales Borrero MC. Jóvenes, sexualidad y políticas: salud sexual y reproductiva en Colombia (1992 - 2005). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 360.
4. Prescott HM. History of adolescent medicine in the 20th century: from Hall to Elkind. *Adolesc Med.* 2000 Feb;11(1):1-12.
5. Silber TJ. Medicina de la Adolescencia - una nueva subespecialidad de la Pediatría y la Medicina Interna en la América del Norte. *Adolesc Latinoam.* 1997;1(1):11-5.
6. Barbosa G. Historia de las publicaciones médicas y de los eventos académicos que facilitaron el desarrollo de la ginecología pediátrica y adolescente. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2007;58(2):158-65.
7. Derechos reproductivos y salud reproductiva: Los adolescentes. Conferencia Internacional sobre la población y el Desarrollo. El Cairo: Naciones Unidas; 1994. p. 17.
8. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: Naciones Unidas; 1995. p. 232.
9. Parker R, Petchesky R, Sember R, editores. Políticas sobre sexualidad: reporte desde las líneas del frente. México: Sexuality Policy Watch; 2008. p. 461.
10. Di Cesare M. Estudio sobre Patrones Emergentes en la Fecundidad y la Salud Sexual y Reproductiva y sus Vínculos con la Reducción de la pobreza en América latina. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2006. p. 39.
11. Rodríguez Vignoli J. Reproducción en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una Anomalía a Escala Mundial?*. Córdoba: Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE); 2008. p. 35.
12. Gates AE. The work of the adolescent clinic of Sanford University Medical School. *Arch Pediatr.* 1918; 35:236-243.
13. Gallagher JR. The origins, development, and goals of adolescent medicine. *J Adolesc Health Care.* 1982 Aug;3(1):57-63.
14. Elster AB, Kuznets NJ. *Ama Guidelines for Adolescent Preventive Services (Gaps : Recommendations and Rationale)*. Baltimore : Williams & Wilkins; 1994. p. 250.
15. Langille DB. Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician's role. *CMAJ.* 2007 May 22;176(11):1601-2.
16. Belmartino S. Desarrollo metodológico para una historia comparada de la profesión médica. Documento de Trabajo N° 80 [Internet]. Buenos Aires: Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (Ciepp); 2011. p. 39.
17. Dorfman RI, Greulich WW, Solomon CI. The excretion of androgenic substances in the urine of children. *Endocrinology.* 1937;21(6):741-3.
18. Gruelich WW, Dorfman RI, Carchpol HR, et al. Somatic and endocrine studies of puberal and adolescent boys. *Monogr Soc Child Dev.* 1942;7(3):i-vi + 1-85.
19. Tanner JM. *Growth at Adolescence: With a General Consideration of the Effects of Hereditary and Environmental Factors Upon Growth and Maturation from Birth to Maturity*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1973. p. 326.
20. McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, Comerci GD. *Textbook of Adolescent Medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992. p. 1227.
21. Hofmann AD, Greydanus DE, editors. *Adolescent medicine*. 3rd ed. United States of America: Appleton & Lange; 1997. p. 913.
22. Friedman SB, Fisher M, Schonberg SK. *Comprehensive Adolescent Health Care*. 2nd ed. Philadelphia: Mosby; 1997. p. 1349.
23. Fonseca H, Greydanus DE. Sexuality in the child, teen, and young adult: concepts for the clinician. *Prim Care.* 2007 Jun;34(2):275-92; abstract vii.

24. Vasco CE. *Tres Estilos de Trabajo en las Ciencias Sociales*. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1985.
25. Habermas, J. *Conocimiento e interés*. Málaga: Agapea; 1997.
26. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud [Internet]. Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar; 2011. p. 28–49.
27. López Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*. 2008;3(4):323–35.
28. Franco S. Determinación bionatural y social de la salud y atención primaria en salud: reflexiones y sugerencias. Sexto Congreso Internacional de Salud Pública [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.
29. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009;8(17):69–79.
30. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2010. p. 75.
31. Pacheco Sánchez CI. Bogotá: gestión del conocimiento para el abordaje del fenómeno del embarazo adolescente. En: *Embarazo Adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos* Experiencia de gestión del conocimiento Convenio 698SDS-UNFPA. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2011. p. 23–54.
32. Goicolea I. Adolescent pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: a rights and gender approach to adolescents' sexual and reproductive health. *Glob Health Action*. 2010 Jan;3.
33. McAnarney ER, Hendee WR. Adolescent pregnancy and its consequences. *JAMA*. 1989 Jul 7;262(1):74–7.
34. Dryfoos JG. *Adolescents at Risk: Prevalence and Prevention*. USA: Oxford University Press; 1991. p. 102–180.
35. Hayes CD, editor. *Risking the future: Adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing*. Washington: National Academy Press; 1987.
36. Clavreul J. *El Orden Medico*. Barcelona: Argot; 1983. p. 320.
37. Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI; 1971. p. 242.
38. Foucault M. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. 11ª ed. México: Siglo XXI; 1986. p. 293.
39. Foucault M. *Historia de la Sexualidad: 1- La voluntad de saber*. México: Siglo XXI; 1977. p. 194.
40. Menéndez E. El modelo médico hegemónico: Estructura, función y crisis. En: *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Mexico D.F: Alianza Editorial Mexicana; 1990. p. 83–117.
41. Fernández Moreno SY. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2007;6(12):52–76.
42. Figueroa J. Comportamiento Reproductivo y Salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios. En: Careaga G., Figueroa JG., Mejía MC., compiladores. *Ética y Salud Reproductiva*. México D.F: UNAM; 1996. p. 289–311.
43. Jarillo E, Chapela M C, Arroyave G, Granados J A. La Educación Médica. Una perspectiva desde las corrientes educativas. *Salud Problema*. 1999;4(7 Nueva Época):45–9.
44. Prieto Quezada MT. Jóvenes: sujetos olvidados en las políticas neoliberales. *Alegatos*. 2013;(81):495–506.
45. Barquet M. Reflexiones sobre teoría de género, hoy. *Umbrales*. 2012;(11):29–38.
46. Scott J. El género, una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas M, compilador "El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México: Porrúa; 1996. p. 265–303.
47. Esteban M. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colect*. 2006;2(1):9–20.
48. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000 May;50(10):1385–401.
49. Tajer D. Modos de subjetivación: modos de vivir, de enfermar y de morir. En: *Heridos corazones vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós; 2009. p. 47–68.
50. Stern C. Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de

diferentes contextos socioculturales en México. *Estud Sociológicos*. 2007;XXV(73):105–29.

51. Stern C, Fuentes C, Lozano LR, Reysoo F. Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 2003;45(sup1): 4534-45.
52. Viveros Vigoyas M. El concepto de “género” y sus avatares: interrogantes en torno a algunas viejas y nuevas controversias. En: Millán de Benavides Carmen, Estrada Ángela María. *Pensar Género. Teoría y práctica para las nuevas Cartografía del cuerpo*. Bogotá D.C: Pontificia Universidad javeriana; 2004. p. 170–95.
53. Wade P, Urrea Giraldo F, Viveros M, editores. *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo*

en América Latina. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia; 2000. p. 565.

54. Amuchástegui A, Rivas M. Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: género, heteronormatividad y ética. En: Sazsz O, Salas G, compiladores. *Sexualidad derechos humanos y Ciudad*. Mexico D.F: Colegio de México; 2008. p. 57–133.
55. Careaga Pérez G, Sierra C. Sexualidades diversas: aproximaciones para su análisis. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2004. p. 353.
56. Citeroni T, Cervantes A. Protección, afirmación y sexualidad sin poder: un proyecto político y normativo para la construcción de los derechos sexuales. *Estudios Demográficos y Urbanos* 2004;(57): 687-715.

