

María Alejandra Arias
Zulema Suárez

La atención
a la salud
de los adolescentes
en el primer nivel
desde una perspectiva
de derechos

LA ATENCIÓN A LA SALUD
DE LOS ADOLESCENTES
EN EL PRIMER NIVEL
DESDE UNA PERSPECTIVA
DE DERECHOS

María Alejandra Arias · Zulema Suárez

LA ATENCIÓN A LA SALUD
DE LOS ADOLESCENTES
EN EL PRIMER NIVEL
DESDE UNA PERSPECTIVA
DE DERECHOS

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.

Los libros publicados en la presente colección han sido evaluados por académicos de reconocida trayectoria, en las temáticas respectivas.

La Subcomisión de Apoyo a Publicaciones de la CSIC, integrada por Alejandra López, Luis Bértola, Carlos Demasi, Fernando Miranda y Andrés Mazzini ha sido la encargada de recomendar los evaluadores para la convocatoria 2014.

© María Alejandra Arias y Zulema Suárez, 2014

© Universidad de la República, 2016

Ediciones Universitarias,
Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)

18 de Julio 1824 (Facultad de Derecho, subsuelo Eduardo Acevedo)
Montevideo, CP 11200, Uruguay
Tels: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906
Telefax: (+598) 2409 7720
Correo electrónico: <infoed@edic.edu.uy>
<www.universidad.edu.uy/bibliotecas/dpto_publicaciones.htm>

ISBN: 978-9974-0-1342-1

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL, <i>Roberto Markarian</i>	7
PRÓLOGO, <i>Víctor Giorgi</i>	9
PREFACIO, <i>Susana Rudolf</i>	13
INTRODUCCIÓN.....	17
FUNDAMENTACIÓN.....	19
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.....	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos.....	23
Metodología.....	23
MARCO TEÓRICO.....	25
Adolescencia y juventud.....	25
Accesibilidad a los servicios de salud.....	26
Sistema nacional integrado de salud y el contexto actual.....	29
Política social de juventud.....	31
Política social en salud destinada a los adolescentes y jóvenes.....	32
Los espacios de salud adolescente.....	33
Enfoque de derechos en la atención adolescente en el ámbito de la salud.....	36
Contribución de los servicios de salud al desarrollo de ciudadanía.....	37
Participación adolescente y salud.....	40
ANÁLISIS.....	41
Contextualización del centro.....	41
Caracterizar el espacio adolescente en relación con los recursos humanos y materiales.....	42
Indagar la incidencia del enfoque de derechos en las prácticas de los profesionales del espacio adolescente.....	45
Identificar facilitadores y obstáculos del ejercicio del derecho a la atención a la salud a adolescentes.....	47
PROPUESTA DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA REORIENTAR O PROFUNDIZAR LA PERSPECTIVA DE DERECHOS EN LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	57
LISTA DE ABREVIATURAS.....	61
SOBRE LAS AUTORAS.....	63

Cabe señalar cuando en el texto se alude a adultos, se incluyen mujeres y varones, de la misma manera que cuando nos referimos a niños se alude a niñas y varones, y la categoría «adolescentes» incluye mujeres y varones. El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

Presentación de la Colección Biblioteca Plural

La Universidad de la República (Udelar) es una institución compleja, que ha tenido un gran crecimiento y cambios profundos en las últimas décadas. En su seno no hay asuntos aislados ni independientes: su rico entramado obliga a verla como un todo en equilibrio.

La necesidad de cambios que se reclaman y nos reclamamos permanentemente no puede negar ni puede prescindir de los muchos aspectos positivos que por su historia, su accionar y sus resultados, la Udelar tiene a nivel nacional, regional e internacional. Esos logros son de orden institucional, ético, compromiso social, académico y es, justamente a partir de ellos y de la inteligencia y voluntad de los universitarios que se debe impulsar la transformación.

La Udelar es hoy una institución de gran tamaño (presupuesto anual de más de cuatrocientos millones de dólares, cien mil estudiantes, cerca de diez mil puestos docentes, cerca de cinco mil egresados por año) y en extremo heterogénea. No es posible adjudicar debilidades y fortalezas a sus servicios académicos por igual.

En las últimas décadas se han dado cambios muy importantes: nuevas facultades y carreras, multiplicación de los posgrados y formaciones terciarias, un desarrollo impetuoso fuera del área metropolitana, un desarrollo importante de la investigación y de los vínculos de la extensión con la enseñanza, proyectos muy variados y exitosos con diversos organismos públicos, participación activa en las formas existentes de coordinación con el resto del sistema educativo. Es natural que en una institución tan grande y compleja se generen visiones contrapuestas y sea vista por muchos como una estructura que es renuente a los cambios y que, por tanto, cambia muy poco.

Por ello es necesario

- a. Generar condiciones para incrementar la confianza en la seriedad y las virtudes de la institución, en particular mediante el firme apoyo a la creación de conocimiento avanzado y la enseñanza de calidad y la plena autonomía de los poderes políticos.
- b. Tomar en cuenta las necesidades sociales y productivas al concebir las formaciones terciarias y superiores y buscar para ellas soluciones superadoras que reconozcan que la Udelar no es ni debe ser la única institución a cargo de ellas.
- c. Buscar nuevas formas de participación democrática, del irrestricto ejercicio de la crítica y la autocrítica y del libre funcionamiento gremial.

El anterior Rector, Rodrigo Arocena, en la presentación de esta colección, incluyó las siguientes palabras que comparto enteramente y que complementan adecuadamente esta presentación de la colección Biblioteca Plural de la

Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic), en la que se publican trabajos de muy diversa índole y finalidades:

La Universidad de la República promueve la investigación en el conjunto de las tecnologías, las ciencias, las humanidades y las artes. Contribuye, así, a la creación de cultura; esta se manifiesta en la vocación por conocer, hacer y expresarse de maneras nuevas y variadas, cultivando a la vez la originalidad, la tenacidad y el respeto por la diversidad; ello caracteriza a la investigación —a la mejor investigación— que es, pues, una de la grandes manifestaciones de la creatividad humana.

Investigación de creciente calidad en todos los campos, ligada a la expansión de la cultura, la mejora de la enseñanza y el uso socialmente útil del conocimiento: todo ello exige pluralismo. Bien escogido está el título de la colección a la que este libro hace su aporte.

Roberto Markarian

Rector de la Universidad de la República

Mayo, 2015

Prólogo

Prologar un libro es siempre una tarea gratificante en tanto nos ofrece la oportunidad de un contacto privilegiado con la producción, expresar nuestras opiniones y ofrecer al lector una cierta contextualización acerca del texto y su significación. Pero, al mismo tiempo, es una responsabilidad. Quien prologa queda colocado como mediador entre los escritores y los lectores con el riesgo de matizar esa lectura, orientar la atención sobre aquellos nudos del texto que más nos interesan dejando de lado otros, a contaminar con «nuestra lectura» «otras lecturas».

Teniendo en cuenta estos aspectos en el inicio de este prólogo me referiré al contexto del texto; o sea a las condiciones institucionales que desde lo académico y desde lo político determinan y a la vez habilitan su producción.

El marco académico de esta producción es la Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República. Esta maestría, de carácter interdisciplinario es un emprendimiento académico conjunto de las facultades de Ciencias Sociales, Derecho, Medicina y Psicología que funciona desde el 2004 y es la primera maestría interservicios que se concreta en la Universidad de la República

Entre sus objetivos se encuentra el «formar docentes e investigadores que aporten a la evaluación y diseño de políticas públicas desde la perspectiva de la Convención sobre los Derechos del Niño»; y «contribuir a la investigación y producción de conocimientos desde un marco teórico conceptual que integre los diversos saberes disciplinarios en torno al eje de la nueva concepción de la niñez y la adolescencia como sujetos de derecho».

Está destinada principalmente a docentes universitarios y egresados insertos en las instituciones del sistema de atención a los niños y la adolescencia.

Tanto los objetivos planteados como la preocupación por incorporar la perspectiva de derechos a la formación universitaria —ya sea a través de los docentes como de los egresados que se vinculan a este campo— guardan una fuerte relación con la orientación dada por las autoras a este trabajo de evaluación crítica de la atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos, cuyo informe final conforma el contenido de esta publicación.

Desde el año 2005, a partir de reclamos y propuestas que desde años atrás realizaban las organizaciones sociales y crecientes sectores del sistema político, el gobierno impulsa una profunda reforma del Sistema Nacional de Salud que entra en vigencia el 1.º de enero de 2008.

Entre los principios que orientan esta transformación podemos destacar una redefinición de los potenciales usuarios del Sistema de Salud como ciudadanos con derechos que trascienden el derecho a la atención sanitaria para articularse

con los derechos a la confidencialidad, a la información, a ser escuchados, a participar activamente de las decisiones referidas a su salud y a su vida tanto en la dimensión individual como colectiva.

La ley 18.211 da el marco legal a la nueva política y crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Su exposición de motivos es clara en concebir la relación entre salud y derechos no limitándose al tradicional «derecho a recibir atención» que colocaba al usuario en un papel pasivo-receptivo de las prestaciones, sino que plantea la salud como resultante del pleno ejercicio de los derechos humanos.

Estas construcciones discursivas sostienen una concepción holística de la salud, definen estrategias y prácticas, pero también incluyen una redefinición de las relaciones entre los actores del proceso salud-enfermedad y de las interpercepciones entre esos actores. Dentro de estos procesos de cambio y sus resistencias no podemos desconocer que la nueva forma de ver y pensar la relación de las personas con las instituciones de salud exige una revisión de culturas institucionales asentadas en el tiempo y de diagramas de poder configurados históricamente a lo interno del campo de la salud.

Desde los años ochenta hemos venido planteando que los procesos de democratización de la salud deben pensarse en dos dimensiones: la equidad en la atención y la transformación de las relaciones de dominación a lo interno del sistema y de este con la población. La coyuntura política que se produce en Uruguay a partir del 2005 replantea este desafío.

En este marco, la creación del Programa Nacional de Salud Adolescente (2007) y, dentro de este el Espacio de Salud Adolescente como su principal efector para la atención de este grupo etario en el primer nivel de atención, reafirma el discurso de derechos y abre el enorme desafío de llevarlo a la práctica.

El nuevo lugar de la adolescencia en los sistemas de vínculos familiares e institucionales requiere una profunda transformación de la mirada de los adultos, un cambio en los modelos de relación adulto-adolescente que esos adultos, y en nuestro caso los técnicos, incorporaron en sus propias historias personales incluyendo su formación universitaria y su experiencia profesional previa. Se hace necesaria una reforma de estilos de relación y formas de ejercer la autoridad que los adultos deben procesar.

El análisis que las autoras de esta publicación realizan en relación con las verbalizaciones, actitudes e interpretaciones que se hacen del «nuevo enfoque» pone en evidencia las brechas existentes entre la construcción discursiva y las capacidades prácticas de los equipos de salud. Estas últimas aparecen condicionadas por procesos de revisión de actitudes y modelos identitarios prevalentes en los diferentes colectivos profesionales y que operan como «anclaje» ante los cambios.

La elección metodológica que realizan las autoras aporta elementos para interrogarse sobre este aspecto de la realidad. Se analiza la documentación en que

se instituye el plano discursivo y se contrasta con las entrevistas donde se recoge la palabra de los directores e integrantes del equipo técnico.

La adolescencia desde su surgimiento en la modernidad ha sido caracterizada como una fase crítica, conflictiva, que despierta temores en el entorno adulto a los que se reacciona mediante repuestas autoritarias, controladoras, muchas veces, francamente represivas.

A pesar de la abundante literatura existente y la permanente presencia de los temas de adolescencia en la agenda política y social, los sistemas de salud negaron sistemáticamente un espacio propio para la atención de la salud de los adolescentes. La atención del o la adolescente navegó tradicionalmente entre una forzada prolongación de los servicios de pediatría y una brusca incorporación a los servicios de adultos. Es como que en la salud durante siglos no se reconociera esa fase de transición entre infancia y adultez de la que tanto se habla en otros espacios de la sociedad y de la cultura.

La creación del Espacio de Salud Adolescente constituye un paso trascendental en este sentido. Le asigna al adolescente un espacio propio dentro del Sistema de Salud y lo reconoce como un sujeto activo, con intereses, preocupaciones y propuestas. Esto requiere interlocutores adultos que puedan ejercer la escucha, tomar en cuenta sus opiniones y ejercer desde ese nuevo lugar sus respectivos roles profesionales.

El análisis del material recogido en el proceso de evaluación da cuenta de las dificultades que se evidencian en estos aspectos. La escucha y la habilitación de la iniciativa de los adolescentes se ve interferida por aspectos de la formación disciplinar de los profesionales, con sus propias priorizaciones temáticas y lecturas que «desde lo técnico» predefinen necesidades de los adolescentes que se imponen por sobre sus propias opiniones.

Esta conjunción de los adultos y lo tecno-céntrico desdibuja principios básicos de la perspectiva de derechos, como lo son la participación y la inclusión y da por resultado actividades y actitudes en que los adolescentes se incorporan solo en espacios y formas asignadas desde lo técnico-adulto.

La consideración de los y las adolescentes como sujetos de derecho, el reconocimiento de las singularidades de la etapa evolutiva que transitan, y el grado de autonomía alcanzado obliga a una reorganización de los procedimientos institucionales lo que debe reflejarse en aspectos muy concretos como los espacios físicos, los horarios, la disponibilidad de materiales que permitan facilitar la expresión y la comunicación.

Entre las conclusiones a las que arriba el estudio se afirma que la atención brindada es acorde al modelo médico hegemónico con un discurso de respeto hacia los derechos del adolescente, pero sin alcanzar el abordaje integral ni la habilitación de la autonomía progresiva ni la participación efectiva de la que se habla en las propuestas programáticas.

Esto lleva a las autoras a retomar el problema de la formación de profesionales universitarios que conformen la «masa crítica» necesaria para participar

activamente en el proceso de transformación de la atención a la salud, con conocimientos, habilidades y valores concordantes con los postulados que orientan ese proceso, entre los cuales se incluye una formación ética en la perspectiva de los derechos humanos.

En síntesis nos encontramos ante un estudio riguroso que a partir del análisis de un caso —el Espacio de Salud Adolescente (ESA) que funciona en un centro de salud público— nos introduce en el análisis de los avances y dificultades que encuentra el proceso de transformación de la atención a la salud, en especial lo referente a la real y efectiva incorporación de la perspectiva de derechos en las prácticas institucionales y profesionales que sostienen las prestaciones concretas.

El estudio tiene potencialidad para contribuir a la mejora de la atención de la salud adolescente tal como se propone entre sus objetivos, pero este resultado dependerá en última instancia de su difusión y de los debates que puedan generarse a partir de su lectura.

Para finalizar reafirmar el reconocimiento a las autoras por su aporte y agradecer la oportunidad de prologar su edición.

Víctor Giorgi

Prefacio

Empezaré como siempre, como todos. Escribir un prólogo es un compromiso con una obra y con sus autores. Cuando nos invitan a escribirlo, surgen una cantidad de dudas (¿qué original!, ¿no?): ¿qué escribo?, ¿qué me gustaría escribir?, ¿qué debo escribir?

Como hay tantas discusiones acerca de lo que se espera de un prólogo, lo primero es ir a buscar la «normativa institucional», y para ello, como de costumbre, recorro al Diccionario de la Real Academia Española (DRAE). Acá va:

(Del gr. πρόλογος).

1. m. En un libro de cualquier clase, escrito antepuesto al cuerpo de la obra.
2. m. Aquello que sirve como de exordio o principio para ejecutar una cosa.
3. m. Primera parte de algunas obras dramáticas y novelas, desligada en cierto modo de las posteriores, y en la cual se representa una acción de que es consecuencia la principal, que se desarrolla después.
4. m. Discurso que en el teatro griego y latino, y también en el antiguo de pueblos modernos, solía preceder al poema dramático, y se recitaba ante el público.

Me encantó el uso de la palabra «exordio», pero para no dejar lugar a falsas interpretaciones acerca de un término tan poco frecuente, también lo busqué, y transcribo solo un fragmento: «... tiene por objeto excitar la atención y preparar el ánimo de los oyentes».

Entonces, eso es lo que intentaré, intentaré transmitirle a potenciales lectores por qué creo que vale la pena pasar de estas primeras páginas y adentrarse en la obra de Zulema Suárez y Alejandra Arias.

Hay razones políticas, académicas y afectivas, y las expondré en ese orden.

El Uruguay viene atravesando, claramente desde 2005, un proceso de reforma política orientado a mejorar la calidad de vida de la población, centrándose en quienes siempre han sido excluidos, y tratando de promover mayor equidad en el reparto de las riquezas (que por cierto también han ido aumentando). Lo más interesante de este proceso (al que podría señalarle muchos defectos, o por lo menos discrepancias... pero no es el caso en este momento, solo lo digo para evitar el riesgo de ser catalogada como obsecuente); lo más interesante es el trasfondo ideológico insistente y perseverantemente sostenido de la promoción, incremento, profundización, consolidación, de la ciudadanía. ¿En qué sentido es esto tan importante? Ya no más Estado benefactor. Ya no más asistencialismo, beneficencia, clientelismo, desvalorización del otro para mantenerlo en posición de subalternidad y por ende, dominarlo y utilizarlo mejor. En consonancia con esto es que en las políticas públicas ha venido aumentando la propuesta

de creación de espacios de participación ciudadana. De espacios donde se exprese la voz de quienes tradicionalmente no tenían voz. Y si es posible, no solo la voz sino también el voto, como expresión de verdadero ejercicio de poder. Entonces, en diversos entes, planes y programas aparecen los representantes de los usuarios, los trabajadores, los jubilados, los afrodescendientes, las mujeres, los adolescentes... ¿*¡los adolescentes!*? Esos seres tan peligrosos, a quienes en este momento político hay grupos que están proponiendo encarcelar cuando todavía no han dejado de usar la túnica y moña varelianas..

El servicio que Zulema y Alejandra han elegido para estudiar (estudiantes ellas de una maestría que ya las identifica como preocupadas por estos temas), tiene estrecha relación con el asunto de la implementación de las políticas destinadas a un grupo de estos excluidos tradicionales. Las nuevas políticas se prueban, se estudian, se analizan, se evalúan, se critican, o no son serias. Y en este desafío la Universidad está llamada a jugar un papel importante.

Acá entramos a las razones académicas, que no pueden dejar de ser políticas, ya que no hay ciencia neutral, y ya que nuestra Universidad de la República nos impone (en el artículo 2.º de su ley orgánica) no ser neutrales. Estas dos investigadoras han seguido una trayectoria en la que desde hace por lo menos diez años persiguen algunos temas claves, relacionados con las preocupaciones que enuncié más arriba, pero abordados con mirada e instrumentos teórico-técnicos rigurosos: la exclusión, la organización de los servicios de salud orientados a las poblaciones más pobres, la accesibilidad, los cambios en el funcionamiento de los servicios a partir de la reforma, cómo estamos formados los profesionales para trabajar con estas poblaciones, cómo estamos formados los profesionales para aplicar los lineamientos de la reforma... Este trabajo es una cuenta más de un collar que vienen enhebrando con paciencia y coherencia, articuladamente con su presentación de trabajos en actividades académicas públicas, con otras publicaciones, con sus clases y seminarios, con sus estudios, y sus lecturas, sus intercambios con investigadores del exterior, con los trabajos de campo que realizan en el día a día, y en los que incluyen en forma creativa y estimulante a sus estudiantes.

Así que, potenciales lectores, les digo que tienen en sus manos un material que es producto de una carrera de seriedad académica y de compromiso político que vale la pena leer para aprender, para discutir, para criticar, siempre para crecer.

Finalmente, *last but not least*, las razones afectivas. Hace tantos años que las conozco... las vi pasar por la facultad cuando eran estudiantes (buenas y responsables estudiantes), trabajaron como funcionarias, ingresaron tempranamente a la docencia y desde el inicio se mostraron empecinadamente interesadas en la investigación. Pertenecen a un grupo que revela el éxito de la propuesta de lo que fuera el Área de Salud de la vieja estructura del Instituto de Psicología de la Universidad de la República (IPUR) y de la Facultad de Psicología: psicólogos con una identidad firme, pero a la vez con vocación de trabajo interdisciplinario;

psicólogos con formación para insertarse como trabajadores, pero también para analizar como investigadores el sistema de salud y sus organizaciones. Son personas serias, responsables, estudiosas, trabajadoras. Si alguna vez hemos tenido discusiones, ha sido por su exceso de contracción al trabajo. Además de la tarea académica, ejercen su profesión en otros ámbitos de la vida ciudadana, lo que nos dice que no son «ratoncitos de biblioteca», sino que conocen la realidad en vivo y en directo. Son mujeres, esposas, madres y amigas queribles. ¿Es importante esto en un prólogo? Yo creo que sí, que saber que vamos a leer un libro escrito por dos buenas personas, es un ingrediente adicional que le da más valor.

¡Gracias por el trabajo compañeras, amigas! Gracias por invitarme, una vez más, a acompañarlas, con estas líneas para presentar un trabajo que merece ser difundido y leído con seriedad.

A los potenciales lectores: ¡no se lo pierdan!

Susana Rudolf

Introducción

La presente producción es elaborada sobre la base del informe final del proyecto de investigación evaluativa «La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos». El marco académico de este es la Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República.

La finalidad del proyecto era evaluar el grado de integración del enfoque de derechos a la atención de la salud brindada a adolescentes en el primer nivel. La experiencia institucional se desarrolló en un centro de salud de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de Montevideo, el que cuenta con un Espacio de Salud Adolescente (ESA).¹

La elección por este ámbito y este sector de la población se vincula con el impulso que se ha dado —en los últimos años— a las políticas públicas sociales de adolescencia y juventud y en particular, las políticas sociales en salud.

El estudio es de corte cualitativo, que a partir del análisis de un caso busca analizar los avances y dificultades que encuentra el proceso de transformación de la atención a la salud, en especial, lo referente a la real y efectiva incorporación de la perspectiva de derechos en las prácticas institucionales y profesionales que sostienen las prestaciones concretas. Para ello, se seleccionó como herramientas de investigación, la observación pautada y la entrevista semidirigida a informantes calificados, al equipo de atención del ESA y dirección del centro de salud.

La producción de conocimiento generada pone en evidencia las brechas existentes entre la propuesta de cambio de modelo por parte del SNIS, la construcción discursiva de la atención y las capacidades prácticas de los equipos de salud. Estas últimas aparecen condicionadas por procesos de revisión de actitudes y modelos identitarios prevalentes en los diferentes colectivos profesionales y que operan como obstáculos para los cambios.

Se aspira a que los resultados obtenidos puedan contribuir a la calidad de la atención de los adolescentes en el primer nivel de atención.

1 Al momento de la presente publicación no ha finalizado el trámite de autorización en ASSE para mencionar el centro de salud seleccionado. Por lo cual de acuerdo a los criterios de confidencialidad manejados en la investigación no se identificará el centro.

Fundamentación

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (1989) promueve una nueva comprensión del ser niños y adolescentes. Los concibe como actores sociales habilitados para una verdadera participación en todos los asuntos que le afecten y contribuir al ejercicio de sus propios derechos.

Cillero (1999) plantea que

frente a las necesidades de las niñas y los niños existen dos posibilidades: transformarlas en derechos, camino que sigue la Convención, o mantenerlas dentro del ámbito de las políticas asistenciales o la beneficencia privada. En el primer caso se reconoce al niño el carácter de «persona humana portadora de demandas sociales» y sujeto de derecho. En el segundo, se le considera como un mero receptor de la oferta pública o privada de servicios, asumiendo el carácter de «beneficiario» o de «objeto» de la protección del Estado y la sociedad.

En tal sentido, tiene la obligación de garantizar el respeto y ejercicio de los derechos de todos los niños y adolescentes, adoptando todas las medidas necesarias para su protección, lo que implica establecer políticas efectivas hacia la infancia más vulnerable con el fin de garantizar la igualdad de oportunidades al acceso de los derechos.

Baratta (2007) jerarquiza el pasaje de la fórmula «del menor hacia el ciudadano» que se propone en la CDN. Este es un proceso aún no culminado. Instala al niño como ciudadano porque lo dota como portador de derechos civiles, políticos y sociales y no como un objeto de protección frente a determinadas circunstancias. Los artículos 12 a 16 desarrollan los siguientes derechos: a ser escuchado; a la libertad de expresión; a la libertad de pensamiento, conciencia y religión; a la libertad de asociación; y el derecho a la intimidad.

Cada Estado al suscribir la CDN se comprometió a realizar los cambios necesarios en su legislación interna con el fin de cumplir con sus postulados. Es así como Uruguay en el año 2004 modificó el Código del Niño vigente desde 1934. Esto significó un importante avance en el reconocimiento de los derechos de la infancia, en su consideración como sujeto de derechos y no de tutela social. Sin embargo se debe señalar que aún la perspectiva de la protección integral no ha invadido las prácticas, y persisten ciertos vestigios de la concepción de la situación irregular. Es decir que coexisten ambos paradigmas en las prácticas y discursos actuales. La ratificación de la CDN (1990) impactó en la forma de diseñar las políticas públicas para los más jóvenes y dentro de ellas, las políticas sociales en salud.

En el año 2005 el gobierno impulsó una política de reforma del Sistema de Salud que dió lugar al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y que entró en vigencia el 1.º de enero de 2008. De esta manera buscó dar respuesta a la crisis en la que estaba sumergido este Sistema que ya no respondía a las necesidades

de la población debido a las transformaciones demográficas, epidemiológicas y sociales que había experimentado en las últimas décadas (González y Olesker, 2009). Este cambio ubica en el centro de la reforma el derecho a la salud de la población.

A partir de la creación del SNIS (2007), se generó otro escenario para la comprensión de la salud, en la medida que se plantea el acceso universal, apelando a la condición ciudadana como base de la reforma.

Saforcada y otros (2010) señalan que el paradigma salubrista de la salud integral conlleva una comprensión del proceso de salud de forma dinámica y ecosistémica (bio-psico-sociocultural). La salud es definida en términos positivos por el mayor estado de bienestar físico, psíquico y social posible en función al contexto psico-sociocultural y económico-político (Saforcada, 1999).

El derecho principal es la salud como un bien colectivo, público, donde el sistema de salud contribuye a la calidad de vida de los sujetos y al ejercicio de todos los derechos de las personas. Hay un reconocimiento que la protección social en salud no solo se limita a los servicios de salud sino que se potencia desde la intersectorialidad.

La ley 18.211 define que la atención en el SNIS se abordará desde los equipos básicos de salud. En el año 2007 se crea el Programa Nacional de Salud Adolescente del MSP en el que se definen enfoques transversales y dentro de estos se desarrolla el enfoque de derechos. Se integra aquellos derechos específicos en relación con la salud de los adolescentes siguiendo el marco de la CDN y el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA, ley 17.823 de 2004) (Programa Nacional de Salud Adolescente, 2009).

Se propone que en el caso de los adolescentes será el ESA el espacio privilegiado para su atención, sin excluir otras opciones de atención que puedan brindarse desde los diferentes servicios.

La Iniciativa de Derechos de la Infancia y Salud del Uruguay (IDISU) (2012) promueve que los profesionales de la salud tienen la obligación de conceder la debida atención y consideración a los puntos de vista de los niños y adolescentes para integrarlos en sus intervenciones. Adquieren mayor peso, a medida que su capacidad de entendimiento, edad y madurez aumenta. Esto no solo se aplica a los asuntos que los afecten en relación con su salud, sino que los profesionales tienen que promover la integración de la opinión de los niños y adolescentes en sus respectivas familias, así como en otros ámbitos donde se desarrolla su cotidianidad (por ejemplo, comunidad, centros educativos, centros juveniles, etcétera), en los propios servicios de atención (centros de salud y hospitales) o a nivel de políticas públicas. Plantea asimismo que el ejercicio de estos derechos conllevan los deberes de los profesionales de la salud, quienes deben proveer a los niños y adolescentes una atención de calidad y el respeto de sus derechos. Para esto los servicios de salud deben brindar una atención que contemple las necesidades y particularidades de sus usuarios. En otras palabras, la institución debe adecuarse a las nuevas normativas para efectivizar el derecho a la salud de

las personas. Esto requiere de una apropiada atención en salud por parte de los profesionales y funcionarios del servicio, así como de una infraestructura institucional acorde, que habiliten la accesibilidad y el ejercicio de los derechos de los usuarios. El profesional tiene que habilitar en su trabajo, tanto en los niños y adolescentes como en sus familias, la confianza para hablar de temas que les preocupen. Dejar explícito la confidencialidad del proceso de atención; explicar y pedir autorización para compartir aspectos privados e íntimos, en el caso de que pueda ser necesario referirlos a otros profesionales para contribuir al bienestar y al cuidado de la salud, etcétera. Desde esta perspectiva se promueve concebir a los niños y adolescentes como sujetos de derechos y no como un objeto sobre el cual se interviene o sobre el cual se habla sin referirse a él.

Son las prácticas y los quehaceres profesionales los que van dando cuenta de si se está frente a un sistema de salud que reconoce a los adolescentes como sujetos de derechos y cuyo ejercicio permite el desarrollo integral y el autocuidado. Cuanto mayor reconocimiento al derecho a la salud por parte del sistema y de sus usuarios, mayor grado de bienestar, de oportunidades y calidad de vida de las personas, lo que redundará, en una mayor equidad y accesibilidad en materia de salud y avance económico, político y sociocultural del país.

Objetivos y metodología

Los objetivos propuestos en el marco de la experiencia institucional realizada fueron:

Objetivo general

Analizar las prácticas profesionales del ESA de un centro de salud de Montevideo desde una perspectiva de derechos de infancia y adolescencia.

Objetivos específicos

- Caracterizar el ESA en relación con los recursos humanos y materiales.
- Indagar la incidencia del enfoque de derechos en las prácticas de los profesionales del ESA del centro de salud seleccionado.
- Identificar facilitadores y obstáculos del ejercicio del derecho a la atención a la salud a adolescentes.

Metodología

Se aplicó una metodología cualitativa para poder cumplir con los objetivos propuestos.

- Revisión bibliográfica y documental.
- Observación pautada.
- Entrevistas semidirigidas a: director del centro, equipo técnico del ESA e informantes calificados.

Marco teórico

Adolescencia y juventud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 19 años, realizando una división entre adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. Asimismo define como jóvenes al grupo comprendido entre los 15 y 24 años (OMS, 1979). En tal sentido, se desprende que la adolescencia y la juventud son dos momentos de la vida que confluyen e interactúan por momentos conjuntamente y poseerán características en común.

De acuerdo al CNA (2004) se considera adolescente a partir de los 14 años y hasta los 18 años. En tanto, las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2011) establecen que los adolescentes son todas las personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años.

Simini y otros (2000) definen a la adolescencia como una etapa de la vida de las personas en donde se dan diferentes crecimientos y desarrollos (físico, cognitivo, afectivo y social). Se identifican como logros de esta etapa la autonomía emocional de las figuras paternas, conformación de una nueva identidad, ampliación de las relaciones sociales, intimación sexual, transformación de la escala de valores por los que se evalúa a sí mismo y a los demás, incorporación a la vida adulta a través de una inserción laboral que le facilita la autonomía económica y la consolidación de los proyectos en la vida. Del mismo modo se señala que en este proceso de crecimientos y nuevos equilibrios, el adolescente tiene la necesidad de ensayar múltiples roles que por momentos son conflictivos, lo que no es sinónimo de enfermedad o daño.

Mettifogo y Sepúlveda (2004) plantean que el joven adoptará decisiones que le permitirán la construcción de un proyecto de vida que impactará en su inserción ocupacional, en la conformación de un hogar y en la participación en la vida pública, dándose por culminada esta etapa cuando se logra la autonomía económica, afectiva, normativa y valórica.

Klein (2004) refiere a una tendencia a pensar a la adolescencia desde dos puntos de vista. El primero, desde aquellos aspectos que no se sostienen, se «derrumban» desde el pasaje de la niñez a la adolescencia y el segundo, desde «lo nuevo» y del cambio. Deja en evidencia la adjudicación lineal que se atribuye a la adolescencia con el sufrimiento, como si este componente no fuera parte de otras etapas evolutivas o de la vida misma. Concepción que lleva a polarizar la comprensión de la adolescencia dicotómicamente, así como a patologizarlo. En tal sentido, se adhiere al planteo de Urribarri (1998) el que hace énfasis en el proceso que conlleva el ser adolescente en donde no hay pérdidas sino transformaciones.

El Instituto Interamericano del Niño (IIN) (2007) señala los cambios positivos de esta etapa en el proceso de transición a la adultez, que se relacionan con la capacidad de aprender rápidamente, el desarrollo del pensamiento crítico, manejo de conceptos como libertad, derechos, despliegue de la creatividad, experimentación de nuevas y diversas situaciones, socializar, etcétera.

Viñar (2009) propone la noción de adolescencia en plural «adolescencias». Sostiene que dicha noción es un terreno donde la existencia es la diversidad, la heterogeneidad y no la singularidad u homogeneidad. Es un constructo histórico que «construye sujetos» con características determinadas. En la misma línea que el autor anterior, Perdomo (2004) identifica tres aspectos que afectan a los adolescentes: la exclusión, la incertidumbre y el desamparo, que inciden de manera diferente según el género y la pertenencia sociocultural de los adolescentes. Situación que obliga a plantear la pluralidad del constructo adolescencias.

Accesibilidad a los servicios de salud

Se parte de la comprensión del concepto de accesibilidad como el vínculo que se construye entre los usuarios y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las «condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios» (Stolkiner y otros, 2000: 282).

Es la posibilidad de uso de un servicio de salud, derivada por actitudes originadas en construcciones simbólicas particulares de los sujetos, sería la que podría propiciar o impedir el encuentro entre los servicios y la población potencialmente usuaria (Comes y Stolkiner, 2003: s/p).

Planteadas de esta manera se podría pensar a la accesibilidad como un proceso que se construye en el encuentro de ambos actores. El concepto de accesibilidad es un constructo intelectual que permite pensar y analizar las relaciones y los fenómenos que se ponen en juego, desde el deseo y necesidad de atención a la salud, hasta la resolución del problema que lleva al sujeto a consultar (Arias, Suárez y Ramos, 2004).

Solitario y otros (2008) proponen incluir en las estrategias que se establezcan para facilitar el acceso, las prácticas de vida y salud de la población.

Frenk (1995) plantea que al ser el concepto accesibilidad tan amplio conlleva a la ambigüedad.

Se tiende a confundir en la cotidianidad con los conceptos de disponibilidad y acceso. Se entiende por disponibilidad a la capacidad instalada de recursos materiales y humanos, así como la capacidad de producción de servicios de salud. En cambio, el término acceso alude a la capacidad de un usuario para buscar y obtener atención (Arias, Suárez y Ramos, 2004: s/p).

Comes (2003) pone énfasis en el alcance mayor que posee el concepto de accesibilidad en comparación al de acceso. La accesibilidad implica que el sujeto

pueda resolver el problema de salud por el cual inició la atención. El acceso a la atención no lo garantiza.

La accesibilidad implica un dominio más amplio y complejo en el que intervienen las representaciones que los usuarios tienen de los servicios y la manera que estos los pueden ayudar, así como las representaciones que los propios servicios poseen de los usuarios, basadas en un modelo de atención determinado. En este vínculo se ponen en juego los derechos de los usuarios y la concepción de salud que estos tienen. Por tal motivo, se considera a la accesibilidad como una herramienta primordial para investigar sobre la finalidad y estructura del sistema de salud.

Autores como Donabedian (1988), Frenk (1995) y Comes y Stolkiner (2003) proponen que la accesibilidad posee diferentes dimensiones. Estas son:

- *Geográfica*: alude a la distribución y localización de los servicios en un territorio con una población asignada.
- *Económica o financiera*: En esta se discriminan dos niveles:
 1. capacidad económica financiera de la población para afrontar los gastos que implica la atención en los servicios sanitarios (medicamentos, aranceles, cuota mutual, transporte, etcétera);
 2. la inversión del sistema sanitario para la atención de sus usuarios.
- *Organizacional o burocrática*: es la organización interna que establecen los servicios para desarrollar la atención a la población (por ejemplo, turnos, horarios, recorridos, lista de espera, disponibilidad de recursos, difusión de información, etcétera).
- *Legal*: se vincula con las disposiciones jurídicas y políticas del Estado en materia de salud.
- *Cultural o simbólica*: refiere al imaginario simbólico cultural de los sujetos como ser: creencias, saberes, hábitos, prácticas, percepciones, actitudes, etcétera.

En cuanto a esta última, Stolkiner y colaboradores (2003) señalan que esta dimensión subjetiva de la accesibilidad tiene una incidencia determinante que es necesario profundizar e indagar. En el entendido de que es producto de experiencias vinculares, de los mecanismos de poder y de disciplinamientos que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de los grupos étnicos, se encuentra multideterminada por el contexto histórico y la historia de los individuos.

Arias, Suárez y Ramos (2009) plantean que la información es una variable que incide en la accesibilidad a los servicios. El conocimiento de los recursos sanitarios permite a las personas —sean usuarios, personal administrativo, técnicos, etcétera— un mejor aprovechamiento de estos recursos, así como la toma de decisiones responsables y consciente sobre su salud en la cotidianidad. La información se constituye en una herramienta clave para la democratización de la salud. Asimismo proponen pensar a la accesibilidad como un instrumento político que permite analizar y evaluar las reformas de salud, la calidad de atención

de los servicios y el cumplimiento o no de los derechos de los ciudadanos. El conocimiento es una herramienta crítica para la salud. Posiblemente en ningún otro sector tiene la gestión del mismo tan decisiva importancia; si se interpreta este concepto como la actividad de creación del entorno social e infraestructural y la capacidad de traducirlo en políticas, programas y prácticas que puedan mejorar la calidad de vida y alargar la esperanza de vida (Jardines Méndez, 2007). La información implica cierto poder, y por lo tanto sus mecanismos de circulación son clave para definir los vínculos que se establecen entre los sujetos y los servicios.

En virtud de los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas sobre la temática de la accesibilidad, se puede considerar que la incidencia que tiene la información en la posibilidad de encuentro o desencuentro entre el usuario y los servicios de salud, amerita que sea considerada como una dimensión más de la accesibilidad. En este sentido se plantea definirla como los contenidos verbales, paraverbales y gráficos (escritura y audiovisual) que se ponen en juego en el encuentro entre el usuario y el servicio de salud. Por lo señalado se propone que la información es una dimensión de la accesibilidad, ya que su manejo y su circulación permite mayores niveles de inclusión en el sistema de salud. Desde una perspectiva política contribuye a que las personas se posicionen como sujetos de derechos, asumiendo un rol activo en su defensa. Esta forma de posicionarse en el vínculo entre los usuarios y personal del sistema de salud conlleva un cambio en la producción de subjetividad. Son nuevas formas de relacionamiento para superar las actitudes o posturas de pasividad, sumisión y la queja en la que generalmente se ubica el sujeto cuando asume y se le adjudica el lugar de paciente. La introducción de un cambio de representaciones de cada una de las partes del vínculo (usuarios y sistema de salud) va generando efectos concretos en las diferentes vías de comunicación establecidas para ello: cartelería (cantidad y tipo de información proporcionada), folletos, formas, estilos y en el tiempo para dirigirse a la población usuaria, trato brindado al usuario y de este hacia los funcionarios del centro, materiales elaborados por los propios usuarios, páginas web, etcétera. Los dispositivos de información podrán ser desde los interpersonales (profesionales, funcionarios, educadores, agente social, entre otros) medios visuales (afiches, spots, campañas, etcétera) hasta virtuales (páginas web). En esta perspectiva se incluye también el uso de instrumentos de comunicación que registran información como la historia clínica y hoja de consulta. Es importante la integralidad que estas tengan, es decir, que exista una única historia clínica y no por ejemplo una historia médica y otra referida a la llamada «salud mental». La información contenida en esta debe ser legible y clara para el usuario. La ley 18.335 establece el derecho al acceso de la historia clínica por parte de los usuarios (Arias y Suárez, 2010).

Sistema nacional integrado de salud y el contexto actual

El SNIS de Uruguay fue impulsado por el gobierno del período 2005-2010, entrando en vigencia el 1.º de enero del 2008. La propuesta de reforma surge como una respuesta a la crónica crisis en que estaba sumergido el sistema de salud que ya no respondía a las necesidades de la población, ni a las transformaciones demográficas, epidemiológicas y sociales experimentadas en las últimas décadas. Por tanto, en la sociedad uruguaya conviven dos lógicas bien diferenciadas. Por un lado, un importante y creciente contingente poblacional, en el cual predominan enfermedades crónicas, tales como la hipertensión y diabetes. Por otro, segmentos importantes de población con dificultad para hacer valer sus derechos sociales, de acceso al trabajo, la vivienda digna y la alimentación. En estos sectores es donde se sustenta la natalidad del Uruguay, y es en ellos donde se producen las mayores tasas de mortalidad infantil (González y Olesker: 2009: 45).

La ley 18.211 es la normativa referente a la creación, funcionamiento y financiación del SNIS, en cuyo art. 1.º se establece el derecho a la protección de la salud que tienen todos los ciudadanos del Uruguay y define las modalidades de acceso a servicios integrales de salud. Se encuentra en el marco de un «proyecto país» que pone en primer lugar la salud en las políticas sociales que propone. Esta reforma busca un fortalecimiento del MSP como organismo rector de las políticas en salud desde la intersectorialidad con otros Ministerios y organismos estatales tales como: Ministerio de Desarrollo Social (Mides), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Ministerio de Turismo y Deportes (MTD), Banco de Previsión Social (BPS), Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y el Instituto Nacional de Estadística (INE).

La reforma del sistema de salud apunta a superar una lógica de funcionamiento fragmentada, con ausencia de planificación y coordinación lo que llevaba a la superposición de recursos y prestaciones. La nueva estructura apunta a superar esta lógica, revalorando la función rectora del Estado y haciendo que los diferentes ministerios actúen coordinadamente en función de objetivos comunes en el ámbito de sus respectivas competencias. Dicha coordinación se genera desde el Consejo de Ministros y desde el Gabinete Social. Este cambio pone en el centro de la reforma el derecho a la salud de los ciudadanos. Es un modelo con orientación a la integralidad, sustentado en la estrategia de atención primaria en salud (APS), con énfasis en el primer nivel y al acceso a la atención universal.

Asimismo la ley establece un Seguro Nacional de Salud y el SNIS. Este último está integrado por instituciones de Asistencia Médica Colectiva de prepago (IAMC) y ASSE, del Hospital Universitario, de la Sanidad de la Fuerzas Armadas (SFFAA) y de Sanidad Policial, del BPS y del Banco de Seguros del Estado (BSE).

En el art. 3.º de la ley se establecen los principios rectores del SNIS:

... A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.

C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.

D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.

F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.

G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.

H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.

I) La participación social de trabajadores y usuarios.

J) La solidaridad en el financiamiento general.

K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud (ley 18.211 del SNIS, 2007).

En cuanto a la población infantil y adolescente uruguaya el informe del Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay de UNICEF (2009b) señala que la creación del SNIS y, particularmente el Fondo Nacional de Salud (FONASA) fue una opción por priorizar a la infancia postergada y vulnerable de nuestro país. Se integraron 171.372 nuevos beneficiarios del sistema en el período comprendido entre diciembre de 2007-marzo de 2008. La mayoría de estos nuevos beneficiarios correspondió a niños y adolescentes: 126.748 (tres de cada cuatro nuevos usuarios de servicios integrales de salud). Asimismo se alude a que el crecimiento económico que se ha experimentado en estos últimos años no ha permitido revertir y superar aún los núcleos «duros» de pobreza e indigencia que existen. Autores como Boado y Fernández (2010), Filgueira, Kaztman y Rodríguez (2005), Aquín (2003), Diez de Medina (1992) definen que el extracto social del adolescente determina, junto a otros, el rendimiento personal, el desarrollo humano, el desarrollo del proyecto personal, así como la construcción de ciudadanía.

Política social de juventud

De Armas (2008) señala que hasta hace pocos años resultaban desconocidas expresiones como políticas públicas de infancia, inversión en la infancia, gasto público social dirigido a la niñez, etcétera. La matriz de bienestar que desarrollan los países y la concepción de desarrollo social darán cuenta de la importancia de la distribución del gasto público social y sobre las prioridades que se asignan al formular políticas públicas, así como el lugar de la adolescencia y juventud en esa agenda política.

García (2008) plantea que la construcción de la juventud como población objetivo de una política social es reciente en Uruguay y sobre todo, desde una perspectiva de sujeto pleno de derechos. Asimismo la juventud como área de análisis se fundamenta en las características socio-demográficas que lo sitúan como un país de baja natalidad y que posee en los sectores más pobres la mayor concentración de niños y adolescentes. Situación que impone desafíos con relación a la reproducción biológica y social de la sociedad y al modo de actuar del Estado en consecuencia.

Por otra parte,

Las personas jóvenes son portadoras de una fuerza de innovación que generalmente encuentra su resistencia en la defensa del statu quo y en la inercia de las instituciones. Muchas veces son descalificadas a través de discursos estigmatizantes, que las colocan como problema y como amenaza. Por ello, la construcción de ciudadanía juvenil exige una política de juventud que promueva que las personas jóvenes conozcan sus derechos y sean capaces de reclamarlos cuando son vulnerados (Comisión de Juventud del Comité de Coordinación Estratégica de Infancia, Adolescencia y Juventud – Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2011: 22).

Es así que en el 2010 el MSP integra un Gabinete Social, que tiene como uno de sus cometidos impulsar el Plan Ser Joven en Uruguay (2011-2015). Este plan es una política pública para los jóvenes estructurada por diferentes líneas de políticas y propuestas de acción hacia la juventud en torno a cuatro ejes:

1. educación,
2. emancipación;
3. salud integral y calidad de vida;
4. participación, ciudadanía y cultura.

La perspectiva de esta plataforma de políticas sociales hacia jóvenes es desde la promoción del ejercicio de derechos para la asunción de ciudadanía emancipadora.

La perspectiva de derechos exige un Estado fuertemente interventor, con legitimidad, autoridad y recursos. Pero también necesita de una autoridad pública que redefina su relación con la sociedad civil, fortaleciéndola y promoviendo su participación en los procesos de elaboración de políticas públicas. [...] lo que refiere específicamente a las políticas de juventud, resulta imprescindible promover el asociativismo juvenil e institucionalizar los canales de participación ya existentes, así como las prácticas de transparencia y rendición de cuentas,

no solo hacia el Estado sino también entre los propios colectivos sociales (Comisión de Juventud del Comité de Coordinación Estratégica de Infancia, Adolescencia y Juventud, Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2011: 23).

Política social en salud destinada a los adolescentes y jóvenes

Setaro y Koolhaas definen a las políticas de Protección Social en Salud como «el esquema de políticas públicas y acciones sociales mediante el cual una sociedad hace efectivo el derecho a la salud» (2008: 8).

Moreno y López plantean que «las concepciones sobre la salud están soportadas en la construcción discursiva y en las acciones sociales, lo que define y transforma las relaciones en las cuales intervienen distintos actores, entre ellos el Estado. Esto se concreta en la normativa, los imaginarios de la salud, el accionar del Estado y la materialización del derecho, así como en las políticas que se elaboran o se omiten» (2009: 135).

La oms (2009) señala la correlación entre la salud de la población, los aspectos políticos, sociales y económicos de un país. Estos últimos son los que inciden en el grado de calidad de vida, el acceso a servicios y el estado saludable de las personas. No son «fenómenos naturales» sino el resultado de una combinación de políticas y programas sociales que impactan en la calidad de vida y de salud de sus pobladores. En ese sentido será necesario realizar acciones que mejoren las condiciones de vida, entornos saludables para una población sana, trabajo y empleo digno, protección social a lo largo de la vida, lucha contra la distribución desleal en materia de poder, el dinero y los recursos, emancipación política y posibilidad de expresarse, etcétera.

Como se aludió anteriormente en el año 2005 el gobierno impulsa una política de reforma del Sistema de Salud, la que entra en vigencia el 1.º de enero de 2008.

La ley 18.211 obliga al MSP a determinar el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), que define prestaciones y programas de salud prioritarios. [...] En primer lugar, porque el PIAS debe garantizar el acceso del ciudadano a los programas prioritarios y a las prestaciones de salud fundamentales. El hecho de que el PIAS sea un plan explícito contribuye a instalar una lógica de derechos, de consecuencias muy importantes sobre la conducta de cualquier prestador de salud (Setaro y Koolhaas, 2008: 24).

La Estrategia Nacional Infancia y Adolescencia (ENIA) (2008) señala que históricamente, la población adolescente ha sido la más desprotegida en materia de salud. Sin embargo, dada la alta desprotección inicial, es en este grupo donde la mejora en la cobertura de su salud en los últimos diez años es la más notoria. El porcentaje de adolescentes sin cobertura se ha reducido de 6,4% en 1999 a 3,2% en el 2007. Asimismo se alude a que el enfoque de la atención está muy poco desarrollado en el sistema de salud uruguayo y que existe un déficit en la disponibilidad de profesionales de la salud con formación específica para la atención de este grupo.

Los espacios de salud adolescente

Los ESA surgen a propuesta de Infamilia del Mides (2006) como un dispositivo de intervención en esta franja poblacional, en la búsqueda del cambio de modelo de atención en el marco del SNIS.

Se definen como un espacio de atención y de promoción de la salud integral de los adolescentes, de articulación intersectorial en territorio y transversalización de los programas del MSP afines. Con ello se pretende consolidar un sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención a la salud. Se apuesta a generar una red eficaz de efectores de salud, educación, deportes que incluyan a los adolescentes en territorio.

Se ubican en el primer nivel de atención en salud. El SNIS (2007) define al primer nivel de atención como aquel que está constituido por los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos y los programas y actividades destinados a desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia.

Los ESA se pueden encontrar dentro de los centros de salud de ASSE o en un local comunitario del entorno, contando con infraestructura adecuada para la atención de los adolescentes, en un horario diferencial que garantice la privacidad a sus usuarios.

Según Infamilia-Mides (2006) estos debe realizar acciones en tres ejes: atención, articulación y promoción y participación.

En lo que hace a la atención, se espera que el adolescente acceda a la atención clínica tanto con hora agendada como en forma espontánea. Dicha atención implica: entrega de un carné de asistencia específico,² atención de primer nivel, acceso a paraclínica y medicación para tratamiento, inmunizaciones, métodos anticonceptivos, referencia y contrarreferencia a segundo y tercer nivel de atención.

En cuanto a la promoción y participación se espera que se realice un plan de trabajo coordinado entre el equipo técnico de cada ESA y los promotores juveniles en salud sexual y reproductiva de su territorio de influencia con la finalidad de realizar actividades de sensibilización y difusión en la comunidad dirigidas a la población adolescente de la zona.

En articulación se plantea trabajar en tres niveles:

- a. En el ESA: con todas las actividades programadas en materia de prevención del embarazo y promoción en temas de salud sexual y reproductiva.
- b. Con el Programa Infamilia: realización de otras acciones en el territorio, a través de los responsables territoriales y el contacto directo con

2 En función de esta diversidad de definiciones del rango de edad que abarca este período evolutivo, existe un acuerdo programático para considerar el uso del carné adolescente a partir de los 12 años.

los SOCAT, CAIF, Aulas Comunitarias, Maestros Comunitarios y organizaciones y actores locales de referencia.

- c. Con efectores de salud públicos y privados: para lograr complementariedad de prestaciones y servicios.

El Programa Nacional de Salud Adolescente (2007) incorpora a los ESA como el dispositivo privilegiado para la atención, sin excluir otros espacios que continúan brindando atención a esta población.

El Programa establece que los ESA deben contar con un equipo interdisciplinario preferentemente con experiencia en el trabajo con adolescentes. Entre sus miembros se debe integrar el área biológica, psico-social y un administrativo.

De acuerdo a las Guías para la atención de la salud adolescente elaboradas por el Programa (2009) el perfil de los profesionales que trabajen con este grupo etario tiene que contemplar: el deseo de trabajar con ellos; el reconocimiento personal de su empatía y disponibilidad con el «ser adolescente»; ayudar a construir los proyectos adolescentes haciendo sentir su compromiso en dicha construcción; tener experiencia de trabajo con adolescentes en el primer nivel de atención o, en su defecto, estar comprometido/a a adquirir formación; mostrar interés por conocer la comunidad donde el equipo desarrollará la labor. Asimismo dichas Guías plantean adoptar el Modelo de «Atención Integral de Adolescentes» entendiéndolo como aquel que:

- privilegia la promoción de «estilos de vida saludable»,
- potencia las fortalezas y apoya la prevención de probables riesgos,
- se centra en el adolescente,
- involucra no solo a la familia sino también al soporte social existente,
- cuenta con la activa participación de los adolescentes,
- se accede no solo en los servicios tradicionales de salud sino también en los ámbitos donde estos habitan, estudian, trabajan o se recrean,
- la atención es brindada por un equipo de técnicos de distintas disciplinas construyendo procesos de interdisciplina e intersectorialidad, que preparan al equipo y a cada uno de sus integrantes, para el abordaje de las «diferentes adolescencias» y de sus necesidades,
- se sustenta en políticas públicas.

La aplicación de dicho modelo

implica la adecuación de los sistemas de atención, dotándolos de una orientación bio-psico-social, a partir de un cuidadoso diagnóstico de situación y de la identificación de las necesidades y problemas específicos de una determinada comunidad, en este caso, de la comunidad adolescente (MSP/Programa Nacional de Salud Adolescente, 2009: 19).

En la siguiente tabla se presentan los criterios mínimos de calidad definidos por el Programa Nacional de Salud Adolescente del MSP:

Criterios	Criterios mínimos de calidad
Espacio físico	1 salón, 2 consultorios
Horario diferenciado	3 horas, 2 veces por semana
Personal capacitado: experiencia laboral	Experiencia de trabajo con adolescentes, en salud comunitaria, género y salud sexual reproductiva
Personal capacitado: formación	En el tema adolescencia: cursos realizados (incluidos los dictados por MYSU en convenio con Infamilia)
Disposición para la asignación de técnicos	3 técnicos 3 horas por semana: 1 técnico (bio), 1 del área psico-social y un administrativo o de enfermería. Además de un agente de seguimiento socio-educativo
Antecedentes de trabajo con adolescentes	Experiencias previas o actuales de trabajo con adolescentes
Interacción con actores comunitarios	2 actividades de coordinación mensuales
Interacción con instituciones de educación formal	1 actividad de coordinación mensual
Acercamiento a otros efectores de la salud	Participación del centro en coordinaciones con efectores de salud

Fuente: MSP. Programa Nacional de Salud Adolescente. 2009

En el caso de los ESA que funcionan en los centros de salud de la RAP ASSE dependen administrativa y funcionalmente de cada centro. Asimismo se rige por los criterios establecidos por el Programa Nacional de Salud Adolescente del MSP y por la Dirección del Espacio Adolescente de ASSE. Estos deben generar acciones en las cuatro líneas que transversalizan al Programa de Salud Adolescente:

- a. salud sexual y reproductiva,
- b. salud bucal,
- c. nutrición y
- d. salud mental.

La RAP, en Montevideo, junto con los directores de los centros de salud, son los referentes institucionales para los ESA, siendo el equipo técnico del ESA el responsable de asesorar y orientar técnicamente el trabajo.

Enfoque de derechos en la atención adolescente en el ámbito de la salud

Como lo señala Giorgi (2004) el campo sanitario surge en la modernidad como campo epistémico, social y político. La impronta positivista de la medicina moderna produce la dicotomización mente y cuerpo, una comprensión de la etiología de los procesos y fenómenos en forma biologista, la exclusión de determinantes socio-históricos-ambientales y subjetivos del proceso de salud-enfermedad, la naturalización de la enfermedad, la institucionalización de los cuidados de la salud, etcétera. El avance de la medicina tuvo un impacto en la relación de saber y poder entre el usuario y el médico.

Barrán (1992) señala que la posición dominante de la medicina en Uruguay desde el siglo xx ha sido la de desconocer otros saberes «no científicos» que permitan una comprensión diferente de la enfermedad, del dolor, de la vida y de la muerte.

El Programa Nacional de Salud Adolescente (2007) desde su creación promueve la atención integral desde diferentes enfoques y dentro de ellos el enfoque de derechos. Este último tiene como objetivo generar las garantías para el reconocimiento y el ejercicio pleno de la ciudadanía de los adolescentes. Este enfoque pone en el centro la salud como un bien público y social.

En el tomo 1 de las *Guías de Abordaje Integral de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención* (2009) se determinan aquellos derechos específicos en relación con la salud de los adolescentes siguiendo el marco de la CDN y el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA, ley 17.823: 2004).

Los derechos definidos son:

1. Privacidad y respeto por la confidencialidad por la información proporcionada por el niño o adolescente.
2. Respeto por sus opiniones y que sean tomadas en cuenta. Estas deben tener un peso decisivo en la resolución del asunto que afecte al niño o adolescente (consentimiento)
3. Respeto por la evolución de sus facultades (autonomía progresiva).

En cuanto a la *Guía de los Derechos Niños, Niñas y Adolescentes* de IDISU (2012) señala que la influencia de los factores socioculturales impactan en el grado de adecuación de las prácticas profesionales a los principios normativos del SNIS. La aún presente concepción de infancia y adolescencia como personas incapaces es la que incide en la producción de prácticas institucionales normativamente inadecuadas, derivando en ocasiones, a graves vulneraciones a sus derechos.

Como alude Saforcada (1999) es necesario visibilizar que las acciones que realizan los funcionarios no profesionales del servicio constituyen también un acto de salud, entendiendo por tal, «toda acción desarrollada dentro de una institución de salud por cualquiera de las personas que la integran, cuando implica la interacción directa o indirecta con quienes concurren a ella en busca de solución a sus problemas» (Saforcada, 1999: 152-153).

Contribución de los servicios de salud al desarrollo de ciudadanía

Según Aquín (2003) la ciudadanía define la calidad del vínculo de los individuos con el Estado, fortalece el espacio público como un espacio común donde el Estado actúa en función de la sociedad.

La ciudadanía implica la titularidad de derechos como condición de posibilidad de la realización de la autonomía personal en el marco de compromisos recíprocos de una comunidad de ciudadanas y ciudadanos. Entendida de este modo, la ciudadanía define un sistema de responsabilidades recíprocas y el involucramiento activo en los asuntos de gestión del espacio público, que son el correlato necesario de los derechos, confiriendo el sentido de pertenencia a una comunidad ordenada en el marco institucional de un Estado (Mides-Inju, 2011: 23).

García Canclini (1995) señala que:

ser ciudadano no tiene que ver solo con los derechos reconocidos por los aparatos estatales a quienes nacieron en un territorio sino también con las prácticas sociales y culturales que dan sentido de pertenencia y hacen sentir diferentes a quienes poseen una misma lengua, semejantes formas de organizarse y satisfacer sus necesidades (García Canclini, 1995: 19).

Aquín (2003) sostiene que tanto los valores como el ejercicio de ciudadanía impactan en la conformación de una opinión pública crítica, así como en la participación de la sociedad en materia de elaboración de políticas y toma de decisiones colectivas. Por otra parte, la autora —tomando la conceptualización de Bottomore— distingue dos tipos de ciudadanía: la formal y la sustantiva. La primera se define a partir de la pertenencia a un Estado nación y la segunda es el conjunto de derechos civiles, políticos y sociales.

La ciudadanía formal no es condición suficiente ni necesaria para la ciudadanía sustantiva. No es suficiente, porque se puede formar parte de una comunidad nacional y al mismo tiempo encontrarse excluido —por razones de género, de opción sexual, de edad entre otras—. [...] Los derechos sociales se encuentran desigualmente distribuidos al interior de la mayoría de los Estados nación y entre países (Aquín, 2003: 16).

Britos (2003) hace referencia a la desigualdad en la distribución de los derechos sociales a la interna de la sociedad, que obedece, en buena parte, en la relación entre derechos sociales y empleo formal. Los derechos sociales devienen no de la categoría ciudadanos o personas sino como derechos de los trabajadores.

Custo (2003) propone que la ciudadanía es un proceso contradictorio que no puede incluirse en procesos jurídicos, ya que el proceso de constitución de la ciudadanía es básicamente social. Esto último permite tomar lo planteado por Acevedo (2003) en cuanto a que el ejercicio de ciudadanía está condicionado por los sectores sociales de pertenencia. Por ello, es necesario como en cualquier rol, un proceso de preparación para que se construya su ejercicio efectivo. En este sentido, su aprendizaje supera en mucho el conocimiento de aquellos derechos de los que se es titular; supone la existencia de espacios que otorguen

la oportunidad de constituirse en sujeto de derechos y responsabilidades en la práctica cotidiana. «[...] Aprender a ser ciudadano implica superar el nivel de información teórica sobre derechos y lograr la participación de los adolescentes y jóvenes en espacios sociales que faciliten el ejercicio y las prácticas de estos derechos y responsabilidades» (Acevedo, 2003: 159).

El concepto de ciudadanía de los adolescentes en la sociedad moderna emerge a partir de dos grandes conquistas de finales del siglo xx: el desarrollo de un debate sociológico sobre la infancia y la adopción y creciente implantación de la CDN. Estas son las máximas expresiones en un largo proceso de reconocimiento y protección de los derechos de este sector de la población. Constituye la reafirmación de los niños y adolescentes como personas humanas y responde a la necesidad de contar con instrumentos jurídicos idóneos para proteger sus derechos. Instituye una nueva concepción de estos y de sus relaciones con la familia, la sociedad y el Estado, la cual se basa en el reconocimiento expreso del niño y del adolescente como sujeto de derecho, en oposición a su incapacidad jurídica, por sus necesidades o carencias, por lo que les falta para ser adultos o lo que impide su desarrollo. Se lo considera y define según sus atributos y sus derechos ante el Estado, la familia y la sociedad. Se concibe a la infancia como una época de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal, social y jurídica y no como una etapa de preparación para la vida adulta. Se plantean los principios del interés superior del niño y la autonomía progresiva para el ejercicio de sus derechos.

Saforcada plantea que el pasaje de niño a ser ciudadano es un:

proceso gradual, de naturaleza psico-sociocultural y que, desde la perspectiva ecológica del desarrollo humano, implica diferentes contextos a los cuales los niños van accediendo gradualmente por medio de la participación, en procesos psico-socioculturales en los que van adquiriendo un sentido de pertenencia y de posesión consciente de derechos y responsabilidades humanos, políticos, sociales, ambientales, culturales y jurídicos. En una sociedad o en una comunidad hay mas ciudadanía cuanto más tejido social abarcan estos derechos y responsabilidades, y cuanto más se pasa de perspectivas utilitarias a perspectivas de desarrollo humano integral (Saforcada y otros, 2010: 132-133).

En este proceso de constitución del niño como ciudadano, cumple un papel fundamental la familia y su relación con el Estado y las diferentes políticas públicas que desde él se establecen. Tomaremos como familia a aquellos grupos ligados entre sí por razones de consanguinidad o afinidad, que tienden a convivir en un mismo espacio físico desarrollando actividades de mantenimiento de sus integrantes. Progresivamente se incluirán otros ámbitos como el jardín, la escuela:

y así por vía directa o indirecta, todos los entornos señalados por Bronfenbrenner (1987) como integrantes del micro, meso y ecosistema. En función de estos subsistemas y sistemas, por participar directamente en estos contextos o por las influencias que de ellos reciben a través de los integrantes

de sus entornos sociales, los seres humanos se socializan instituyendo lo ciudadano y la ciudadanía misma, lo que, a su vez, determinará significativamente la calidad y riqueza humanas de las dinámicas formales (sistemas de servicios de salud, sistemas de servicios educacionales, sistemas judiciales y legislativos, sistemas de servicios culturales) e informales de la sociedad y sus procesos de retroalimentación, creación de capital social y desarrollo humano integral (Saforcada y otros, 2010: 133).

Por lo expresado cada trayectoria familiar imprime sus huellas en la estructuración de sus integrantes, impulsando o no determinadas normas, hábitos, creencias o costumbres, generando una subjetividad particular en sus miembros. Asimismo contribuye a este proceso de constitución de la ciudadanía en cada individuo el ámbito estatal o gubernamental a partir de sus legislaciones, de las políticas económicas y sociales que se implementan. A través de estas últimas incide en la vida de las familias y en la formación de sus miembros como ciudadanos, promoviendo o no la participación, otorgando o no derechos, etcétera.

Los vínculos que el Estado establezca con la sociedad mediante las diversas políticas que implementa construyen representaciones mutuas. Como sostiene Giorgi (2007), los efectores de dichas políticas participan activamente en la construcción de subjetividad de sus destinatarios.

Nuestras intervenciones asignan a esas personas lugares y roles, interpretan y jerarquizan sus necesidades y proponen metas en términos de un “deber ser” deseado o esperado desde una determinada perspectiva (Giorgi, 2003b: s/p).

El lenguaje utilizado en el diseño de las políticas y en su implementación asigna significados a través «de una dinámica de adjudicación —asunción de diferentes lugares en el universo simbólico de la sociedad que involucra tanto a los operadores institucionales como a los destinatarios de las acciones y programas—» (Saforcada y otros, 2010: 57).

Según Saforcada y otros (2010) los profesionales de la salud pueden contribuir en los procesos de devolución del poder de decisión sobre la salud de la sociedad. «Devolver el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades» (Saforcada y otros, 2010: 57).

En definitiva en el vínculo establecido entre el sistema de salud y la población se pone en juego el desarrollo, promoción y ejercicio de la ciudadanía. En la medida en que el sistema considere a sus usuarios como sujetos plenos de derechos, conceptualice y realice sus prácticas desde este enfoque, y, a su vez los usuarios se consideren como sujetos de derechos, se estará frente a un proceso de retroalimentación de la ciudadanía en cuanto a su promoción y ejercicio efectivo.

Participación adolescente y salud

La participación se constituye como un derecho fundamental que sirve como facilitador para el cumplimiento de los demás derechos (Crowley, 1998).

Para que se genere algún tipo de implicación de la población con los servicios, deben confluír diversos factores relacionados a ambos. Es un concepto que ha sido reformulado conforme a las transformaciones de las políticas y sistemas de salud.

La participación colectiva en salud como proceso puede manifestarse de forma continua o no, a través de acciones esporádicas para solicitar acciones específicas, mecanismos establecidos. Por ejemplo, la elección de representantes para los distintos órganos de gobierno, comisiones mixtas (representantes de las instituciones de salud y otras fuerzas sociales u organizaciones comunitarias, acciones (recogida de firmas, manifestaciones, visitas a las autoridades organizadas colectivamente, etcétera) (Stolkiner y otros: 2006).

Es necesario introducir y promover en los abordajes profesionales con niños y adolescentes la participación como derecho facilitador, ya que permite crear herramientas para promover el desarrollo y la protección integral de ellos. Implica integrar el contexto histórico, social, político y cultural del cual emerge y considerarlos como sujetos de derechos dado que no son meros receptores o beneficiarios de las políticas de salud, sino participantes y creadores de su propio desarrollo humano en sociedad (IDISU, 2012). Elementos como la autonomía, la capacidad de enseñar, la responsabilidad, la identidad social, la creatividad, la imaginación y la comunicación permiten comprender la participación no solo como una necesidad sino como un proceso hacia el desarrollo humano, ya que implica múltiples modos de actuar con la realidad. Es útil pensar la participación como un proceso en el cual el adolescente toma conciencia de sí para el ejercicio de sus derechos (Bartaburu y otros, 2012).

Para esto es fundamental que se diagramen servicios de salud especialmente para adolescentes que puedan responder a sus necesidades y que acepten su participación. Asimismo es clave la formación de los profesionales de la salud para que puedan responder con sensibilidad y sin prejuicios a las preocupaciones de los mismos (Unicef, 2006).

Es fundamental (...), que puedan definir las prioridades en cuanto a su salud y su desarrollo, que puedan expresar lo que sienten y quieren, y que se los escuche con respeto y se los considere seriamente. Tienen derecho a conocer su cuerpo, a tomar decisiones sobre él. (...) Tienen derecho a participar en el diseño, la planificación, la ejecución y el seguimiento de los programas, políticas y servicios vinculados, en sentido amplio, a su salud y su desarrollo. También tienen derecho a organizarse, decidir y tener iniciativas respecto de su salud y la de sus pares (Unicef, 2006: 26).

Análisis

El desarrollo de este apartado se organizará sobre la base de los objetivos específicos marcados en la investigación.

Contextualización del centro

El centro de salud seleccionado es la referencia sanitaria pública para el territorio de un municipio de Montevideo. Está ubicado en un punto con importante flujo de líneas de transporte urbano hacia todo el municipio, así como a diferentes zonas de Montevideo. Se accede a través de diversos medios de transporte público.

De acuerdo a los datos relevados en las entrevistas realizadas, el municipio tiene aproximadamente 200.000 habitantes y se estima que el 39 % de estos es población ASSE. Dicha población se caracteriza por ser una población envejecida en situación de pobreza y exclusión social.

El centro es una edificación nueva, construida especialmente para el funcionamiento de este centro de salud del primer nivel. Cuenta con una gran variedad de carteleros con diversos tipos de información ubicadas en las salas de espera y corredores, que poseen información de diferentes orígenes y tipos (cuidado de salud, gestión, comunitaria, programas de salud, etcétera), de alta densidad, muchas veces reiterada, sin focalizar. Su población objetivo es variada desde madres, madres adolescentes, adultos mayores, adolescentes, familiares de personas adictas, etcétera. El lenguaje utilizado para brindar información es infantilizado con muchas imágenes. Se identifica una zona de soporte administrativa (oficina de atención de usuario, farmacia, coordinación de agenda y estudios de laboratorios, etcétera) diferenciada de la zona de atención.

La organización de los diferentes espacios de atención es en consultorios individuales, jerarquizándose una atención unidisciplinar.

La atención pediátrica y ginecológica se encuentra localizada en un corredor, no estando visibles a los usuarios a diferencia de los consultorios de asistencia social y odontológico que están claramente identificados. Alejados de estos sectores y próximos a la dirección del centro se encuentra la oficina del Programa Aduana.

Los corredores y el hall cuentan con asientos para la espera de la atención de los usuarios.

Es de señalar que los usuarios recurren frecuentemente al equipo de gestión del centro para resolver las dificultades que se les puedan presentar en el proceso de atención.

En cuanto al ESA, está ubicado en el patio cuya puerta de acceso está cerrada en los horarios que este no funciona. La puerta posee un cartel manuscrito con marcador en el que se describen los horarios de funcionamiento (martes 8 a 12

y de 13 a 16 horas). Su ubicación es poco visible para la población objetivo. En el sector de pediatría se encuentra otro cartel con la misma información. Existen dos carteleras dedicadas específicamente a brindar información sobre el ESA y sus actividades. En una de ellas se establece como rango etario para la atención la población de 10 a 19 años. Asimismo el material que se difunde refiere únicamente a salud sexual y reproductiva. El acceso a esta se encuentra obstruido por 2 camillas de emergencias. La otra cuenta con información del Espacio del Adulto Mayor.

Como se señaló en el marco teórico los ESA deben contar con infraestructura adecuada para la atención de los adolescentes, en un horario diferencial que garantice la privacidad a los protagonistas. En este centro la organización de la atención adolescente denota una interpretación inadecuada de este requisito, ya que se encuentra físicamente aislada generando una dificultad en el acceso. La información no es convocante, ni pertinente, ni facilitadora de la accesibilidad a la atención en salud. El uso de la cartelera denota que no se utiliza a la información como una herramienta privilegiada de comunicación con la población.

Caracterizar el espacio adolescente en relación con los recursos humanos y materiales

Teniendo en cuenta los requisitos planteados por el Programa Nacional de Salud Adolescente se puede plantear que el espacio físico presenta dificultades de acceso, ya que se encuentra fuera del centro con poca difusión de información pertinente. El espacio cuenta con una sala que funciona a modo de sala de espera, aunque fue concebida originalmente para la realización de actividades grupales. Cuenta con un consultorio pequeño que a criterio de los entrevistados no es adecuado para la atención, ya que:

el consultorio es una oficina no es un consultorio. Es muy pequeño para trabajar tres y además se escucha todo por lo que tenemos que poner una radio para que no se escuche lo que conversamos con los adolescentes. Este espacio [sala de espera] es muy grande y está subutilizado. Termina siendo la sala de espera. (Entrevista 4, Comunicación personal, 2012)

Según el Programa los ESA deben contar con dos consultorios y una sala de espera acorde. En tal sentido, este centro construido para la atención en el primer nivel no contempla estos requisitos mínimos. Por otra parte, el señalamiento que se realiza en las entrevistas sobre el espacio alude a una concepción del abordaje de la atención que privilegia la atención individual sobre los abordajes grupales a pesar de valorizar un abordaje en equipo.

El espacio no cuenta con materiales didácticos para la sala de espera o el trabajo en grupos. En las entrevistas realizadas se señala que antes realizaban:

mucha tarea de campo con escuelas, los SOCAT. Se realizaban talleres. Actualmente el horario está todo tomado por la demanda de asistencia. Al

bajar la cantidad de integrantes del equipo bajaron la cantidad de horas totales y no se pueden hacer otras actividades, porque tenemos una demanda de atención muy alta. Los médicos generales y los pediatras se niegan a hacer el carné de atención a los adolescentes y los mandan para acá. (Entrevista 4, Comunicación personal, 2012)

De alguna manera esta realidad refleja la implementación de un modelo de atención no acorde a los requerimientos de un servicio del primer nivel de atención en salud, teniendo en cuenta que las actividades privilegiadas en él refieren a la educación, prevención y promoción. Al decir de Saforcada (1999), se trata de un modelo restrictivo, centrado en el individuo.

Se manifiesta haber realizado un CD para el trabajo con adolescentes necesitando para su utilización de soportes tecnológicos que no fueron brindados por el centro. Esto nos habla de ciertas barreras o lógicas de funcionamiento distintas entre el equipo de atención y el equipo de gestión del centro, referidas al privilegio de modelos distintos para el abordaje de la atención y los instrumentos a utilizar en estos, las que se cristalizan en tensiones entre ambos equipos y cierta desvalorización del trabajo realizado.

Hicimos un material casero para trabajar con los adolescentes y en una reunión del centro los funcionarios nos robaron el CD. Luego conseguimos por nuestra gestión una donación de una computadora [...] y no comprendían por qué necesitábamos una computadora, que ese recurso solo se usa para el área de administración. Paso meses para que la inventariaran y para que nos la dieran. Es difícil trabajar así. (Entrevista 4, Comunicación personal, 2012)

La información que se brinda en las carteleras existentes en la sala se encuentra sesgada hacia la salud sexual y reproductiva. Este recorte puede vincularse a los orígenes de los ESA. Con relación a este punto surge la interrogante acerca de cuáles son los intereses de los adolescentes, cuestión que abordaremos más adelante.

El ESA en el centro de salud seleccionado comienza a funcionar en el año 2006 con una integración distinta a la actual. Hacia el 2009 lo integraban: enfermera, asistente social, dos agentes socio-educativos, un médico general.

En cuanto a los recursos humanos el equipo está actualmente integrado por un agente socio-educativo (psicóloga), un pediatra y una ginecóloga. De acuerdo a lo propuesto por el Programa Nacional de Salud Adolescente este equipo no está constituido con la totalidad de los técnicos previstos. En tal sentido faltaría integrar un profesional del área psicosocial, de enfermería y administración. Si bien la agente socioeducativa es psicóloga y se la integra al espacio, no surge de las entrevistas realizadas una clara vinculación con las funciones del ESA. Asimismo se desprende de estas que dicha situación genera cierta tensión a la interna del equipo, ya que es la agente quien es convocada a reuniones con la Dirección del Programa, cuando concursó para un Programa distinto (Programa de Agentes Socio-educativos de Infamilia y ASSE). Esto último se puede vincular a la participación de diferentes actores en el surgimiento, diseño e implementación de la propuesta de los ESA.

Cabe señalar que ninguno de los integrantes actuales cuentan con formación específica (especialización) para el trabajo con adolescentes. Han llegado a integrar el equipo por el interés en el trabajo con esta franja etaria. Los tres integrantes ingresaron por concurso. Algunos cuentan con formación en salud sexual y reproductiva; otros con trayectorias en el trabajo con adolescentes en el ámbito educativo o interés en trabajar con adolescentes embarazadas. Asimismo un factor que ha sido una variable para la integración profesional al espacio ha sido el género. Se valora la integración al equipo de un profesional varón, ya que además cuenta con la experiencia de trabajar con púberes y adolescentes en el ámbito deportivo, lo que hace que se dé «cierta afinidad con el mundo adolescente» en el primer nivel de atención.

En tal sentido, se puede plantear que la formación específica para el trabajo con adolescentes en el primer nivel de atención no es lo que configura el abordaje sino aspectos e intereses personales de los profesionales. El perfil propuesto por el Programa Nacional de Salud Adolescente avala que estos componentes subjetivos de los profesionales sean los que determinen la integración a los equipos tal como se reseña en el perfil profesional del Programa. Aspecto que se confirma en las entrevistas realizadas a informantes calificados quien le otorga a la empatía un papel crucial para el trabajo con adolescentes cuando es un componente necesario para el trabajo con cualquier franja etaria.

Este planteo coincide con lo señalado por Setaro y Koolhaas en cuanto a que: «Existen carencias en la disponibilidad de especialidades para la atención de estos grupos de población. En términos generales, el enfoque de la atención del adolescente está muy poco desarrollado» (2008: 42).

En lo que refiere al modelo de atención propuesto por este equipo plantean que de acuerdo a algunas autoridades su forma de trabajo refleja calidad en la atención asociada a la integralidad.

Somos el único equipo en atender de forma integral. Es decir, atendemos los tres juntos, no hacemos estaciones separando la totalidad del adolescente (Entrevista 4, Comunicación personal, 2012).

Esta forma de funcionar entra en cuestionamiento con los lineamientos del equipo de gestión del centro de salud quien prioriza el criterio de productividad de la atención, entendiendo que esta modalidad conlleva a la disminución de la cantidad de usuarios atendidos por el dispositivo. Con relación a este punto se considera que la forma de trabajo reseñada no es acorde a la definición de trabajo interdisciplinario.

Según Vickers, «La interdisciplina es una interacción propositiva de conocimientos, destrezas, procesos y conceptos de diferentes campos del conocimiento con perspectivas distintas para ampliar la comprensión y resolución de problemas y el desarrollo cognitivo» (1992: s/p).

La modalidad desarrollada refiere más a un trabajo multidisciplinario. Se entiende por tal aquellos equipos que se ocupan de un mismo objeto pero no hay un efectivo intercambio entre las disciplinas (Almeida Filho, 2005). El abordaje

que define el equipo no refleja una construcción del adolescente como ser integral y con una mirada interdisciplinaria, sino que cada profesional aporta desde su disciplina. En tal sentido vale la pena preguntar ¿Qué tan invasivo puede ser para él ingresar a un consultorio con tres profesionales? ¿Como es vivenciado por el adolescente?

Indagar la incidencia del enfoque de derechos en las prácticas de los profesionales del espacio adolescente

En lo que refiere a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas profesionales del equipo surgen varios aspectos a tener en cuenta.

Se identifica que se promueven algunos derechos vinculados a la consulta, tales como el ingreso a ella sin la referencia de un adulto, «les decimos que están grandes para entrar con su madre pero si insisten en entrar acompañados, se les respeta» (Entrevista 4, Comunicación personal, 2012) y se brinda información sobre temas de prioridad para el Programa Nacional de Salud Adolescente. Por otra parte, la difusión de derechos se realiza mediante el uso de carteleras, jerarquizándose los vinculados a salud sexual y reproductiva, violencia, derechos a la atención. Estos derechos promovidos en la consulta generan «un piso» de principios éticos vinculados a la calidad de la atención, pero el abordaje desde el enfoque de derechos implica garantizar el ejercicio de ellos en el desarrollo de los adolescentes y en los espacios donde transcurre su vida cotidiana.

Las temáticas trabajadas refieren a los intereses de los técnicos y a ciertos lineamientos históricos del Programa más que a los verdaderos intereses de los adolescentes. En tal sentido se plantea como temática priorizada la salud sexual y reproductiva.

... Temas por los que se consulta: varones sobre todo por el carné de atención, hacemos evaluación general para diagnosticar problemas. Utilizamos la hoja SIA. Tienen menos iniciativa porque no se embarazan, no buscan anticoncepción. Las mujeres por todo, desarrollo, anticoncepción, menstruación, carné de atención. Son más curiosas. Y después por otras cosas... abuso sexual, situación de amparo, embarazos, violencia ... (Entrevista 4, Comunicación personal, 2012)

Desde la perspectiva del enfoque de derechos este privilegio de temáticas a trabajar dan cuenta de una dificultad disciplinar para habilitar la capacidad de escucha de los intereses, demandas o necesidades del adolescente. Asimismo refleja un abordaje que prioriza el enfoque de riesgo dificultando el despliegue de las potencialidades y capacidades de estos; lo que hace que el abordaje integral planteado se vea cuestionado.

Por lo expuesto, se desprende que la propuesta de atención está configurada desde una perspectiva adultocéntrica.

El derecho a la atención se brinda sin la necesidad de un pase de derivación, aunque está restringido a aquellos adolescentes que logran llegar al centro, quienes en general lo hacen en procura del carné de salud, siendo este un requisito

para los centros de estudios y deportivos. Esto implica que la cobertura de atención es hacia aquellos adolescentes que se encuentran incluidos en el sistema de protección; y queda un porcentaje de su población por fuera del dispositivo de trabajo que se privilegia en el ESA. Para llegar a esa población se requiere de intervenciones en red y a nivel comunitario, abordajes que definen el primer nivel de atención y que están previstos en los lineamientos del Programa Nacional de Salud Adolescente, donde se establece el trabajo en redes a la interna del centro de salud, hacia la comunidad, con otras instituciones, y con la familia del adolescente. Por tanto aquí surge un claro desconocimiento de las pautas del Programa.

Las intervenciones con las familias son puntuales, y con otras instituciones también, es difícil mantener. No está en la descripción del cargo el trabajo en redes. Se hacía actividades de coordinación con la escuela y con el liceo. No da la agenda. Me sobregando. Es difícil de sostener. Tienen que venir un día que son los 20 de cada mes y la cola ocupa casi todo el centro y sale casi a media cuadra. Es una locura. Ahora están dando para enero. La agenda se abre para todos los usuarios. Imagínate eso para los adolescentes. (Entrevista 4, Comunicación personal, 2012)

Asimismo, en la organización de la atención surge una incompreensión por parte del centro de los modos estipulados por el Programa acerca de cómo un adolescente puede acceder a la consulta. Acceso que puede ser mediante la solicitud de día y hora o espontánea; es decir, vehiculizando la consulta de forma inmediata de acuerdo a la demanda del adolescente. De acuerdo a lo expresado por el equipo el adolescente debe agendarse en la administración generalmente el día 20 de cada mes y se le otorga hora para dos meses después. Lo que lleva a cuestionar acerca del conocimiento de las características de esta etapa vital. En tal sentido no se estarían cumpliendo con los plazos establecidos para el acceso a la consulta. Desde la dimensión organizacional de la accesibilidad, el dispositivo se presenta con una lejanía hacia las necesidades de los adolescentes, perdiendo la finalidad que el Programa pretende de los espacios en cuanto a que contribuyan al proyecto de vida de ellos. Se constituyen, de esta manera, en espacios poco amigables y con contenidos poco atractivos hacia el mundo adolescente.

En las entrevistas realizadas se plantea que «es un equipo cerrado, para vincularse con otros equipos es necesario la mediación de la directora» (Entrevista 1, comunicación personal, 2012), por lo cual se infiere que la referencia y contrarreferencia tampoco son mecanismos que funcionen adecuadamente.

Es posible plantear que el equipo trabaja con un modelo tradicional de atención basado en el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1985) donde se tiene un discurso de respeto hacia los derechos del adolescente, pero no surge de las entrevistas realizadas otros aspectos vinculados al abordaje integral ni a la contribución al desarrollo de la autonomía y ciudadanía.

Identificar facilitadores y obstáculos del ejercicio del derecho a la atención a la salud a adolescentes

Desde la investigación desarrollada es posible identificar diversos facilitadores y obstáculos para la atención adolescente desde la accesibilidad. Esta se constituye en un analizador político para evaluar la calidad de los servicios y el cumplimiento o no de los derechos de los adolescentes. Se puede señalar que la propuesta del SNIS al igual que el Programa Nacional de Salud Adolescente intenta dar mayor accesibilidad y contribuir al bienestar de la salud de ellos. El cambio de modelo de atención propuesto prioriza la atención integral, hace énfasis en la promoción y prevención en el primer nivel, lo que indica la comprensión de la salud como un derecho. Cabe señalar que el SNIS garantiza el acceso al sistema de salud. Sin embargo la accesibilidad es algo más complejo que contribuye a generar mayores niveles de ejercicio de ciudadanía y calidad de vida. Será necesario incluir la dimensión social, las prácticas de vida y salud de la población —como lo proponen Solitario y otros (2008)— en las estrategias de las políticas de salud que se establezcan, para facilitar el acceso al SNIS, ya que son ellas las que lo determinan, al igual que en la accesibilidad a la atención.

Los cambios que en el SNIS se han implementado en materia de atención para los adolescentes indican una mejora en la accesibilidad: creación del Programa Nacional de Salud Adolescente, institucionalización del Espacio Adolescente como espacio de atención privilegiado de la atención primaria para ellos, la creación de instrumentos que impactan en la calidad de la atención y en su acceso como el carné del adolescente, reformulación de la historia clínica del SIA, elaboración de guías para los profesionales que trabajan en el primer nivel con esta población, instancias académicas y de formación de los equipos profesionales, mejoramiento edilicio y de recursos materiales para la atención.

En cuanto al impacto del SNIS en los usuarios, los entrevistados entienden que ha incidido en los usuarios para un mejor ejercicio de sus derechos en materia de salud y en el relacionamiento con los profesionales, lo que redundará en las prácticas de salud.

... en la página web del Ministerio está colgado el Programa, que a través del Fonasa establece cuáles son las prestaciones, los beneficiarios y a qué tienen derecho. En la medida en que se apropia —yo creo que sí—, la sociedad exige y conoce cuáles son sus derechos. Va exigiendo y va moldeando las destrezas en los técnicos. Va poniendo algo ahí que no estaba. No todo tiene que venir de los profesionales o del Sistema sino de los propios usuarios de lo que necesitan y demandan... (Entrevista 2, comunicación personal, 2012)

La intersectorialidad tiene un papel clave en la accesibilidad, ya sea en la formación de recursos humanos como en la coordinación de acciones entre las diversas instituciones. Este diálogo permite grados de mayor conocimiento de los derechos de la salud, autocuidado y mejor uso de los servicios como lo señalan Arias, Suárez y Ramos (2009).

Yo creo que la gente comienza a saber que tiene derechos a la atención. Uno de los motivos es porque en el año 2009 salió el decreto del carné del adolescente. Esto implica que el sistema educativo tenga que exigirlo [...]. Indirectamente está relacionado, no es que la reforma lo diga pero indirectamente lo es. La gente tiene que exigirlo en el centro de salud. Fue algo que vimos necesario, una necesidad para darle las prestaciones que los ciudadanos necesitan y eso impacta sobre el centro de salud y en los profesionales. (Entrevista 2, comunicación personal, 2012)

Partiendo de la concepción de accesibilidad como un vínculo —como lo propone Comes y Stolkiner (2003)—, se advierte en las entrevistas realizadas, que dicho concepto es asociado principalmente, a cómo el servicio de salud organiza y desarrolla la atención. En tal sentido, es el servicio de salud a partir de sus construcciones simbólicas de atención, el que puede propiciar o impedir el encuentro con la población adolescente potencialmente usuaria.

«Nosotros entendemos por accesibilidad la facilidad o las dificultades que pueden tener los chiquilines para ser atendidos cuando lo necesitan de la forma más adecuada posible...» (Entrevista 4, comunicación personal, 2012).

En este vínculo, donde el servicio de salud prevalece en la configuración del campo de interacción, va a incidir en la modalidad de la utilización de los servicios por los usuarios. Planteado en estos términos se caracteriza como un vínculo de poder, de disciplinamiento determinado por el contexto histórico y por la historia de los sujetos como señalan Bustelo (2007) y Comes y Stolkiner (2003).

Los entrevistados no aluden a la incidencia del usuario en la accesibilidad, no tienen un rol influyente en ella, a no ser por dificultades personales en afrontar el gasto económico que implica la atención (por ejemplo, el costo de transporte o tiques de medicamentos o consulta profesional). Aparece como un ser pasivo. Por otra parte, la accesibilidad es definida desde las facilidades o los obstáculos que configura ese centro de salud en el vínculo que establece.

Se mencionan diferentes dimensiones como la geográfica, burocrática u organizacional, legal y cultural. Esta última asociada solo a las representaciones que tanto el equipo de salud posee y de los funcionarios que apoya y sostienen el proceso de atención. No se hace referencia a las representaciones de los adolescentes como parte de la dimensión simbólica.

... Las barreras que uno entiende pueden ser desde la plata para el ómnibus o la plata para las órdenes como en el mutualismo o desde el lugar, que no se los mira bien o que les diga que no conocen o no saben, que funciona ahí el Espacio de Salud Adolescente. Por ejemplo, eso pasa en el interior en un hospital que el ESA funciona dos veces por semana de 3 a 5 y si te miran mal o vienen otros días que no funcionan les dice que no saben, es como que no existiera. Es como te facilitan la llegada... Y si querés desplegar más el término es desde tener la consulta, a los métodos anticonceptivos, una consulta con un psicólogo, a los psicofármacos... de que estamos hablando de accesibilidad... (Entrevista 2, comunicación personal, 2012)

Es de destacar como facilitador de la dimensión geográfica que posee el centro de salud ya que se encuentra ubicado en la centralidad del municipio de referencia, con importante flujo de líneas de transporte urbano hacia todo el territorio, así como a diferentes puntos de Montevideo.

Cabe señalar la importancia que juega la dimensión cultural en la accesibilidad a la atención por parte de la población usuaria. En ella se juega la autopercepción de sí como sujeto de derechos o no, el lugar de su salud y si los profesionales son adultos significativos para aportar a su vida. El primer nivel es la puerta de entrada al sistema de salud, implica que sus acciones sean orientadas a la promoción y prevención, lo que obliga a que los profesionales realicen estrategias en el marco de políticas de salud establecidas por el Estado para la población. La búsqueda de una integralidad hace que se configure como espacio de las prácticas profesionales del primer nivel los equipos básicos de salud. En el caso de los adolescentes será el ESA como espacio privilegiado para la atención. Sin embargo, se identifican obstáculos para el desarrollo de la atención integral en el centro estudiado, ya que en él no se implementan estrategias de promoción y prevención en la comunidad así como también abordajes interdisciplinarios y las acciones están centradas en el enfoque de riesgo.

Como refieren los entrevistados existe una gran heterogeneidad en los ESA según el efector (IMAC, ASSE), la procedencia (Montevideo o interior) y el factor económico (recursos asignados). Dichos factores incidirán en la accesibilidad a estos espacios. El Programa no ha logrado hasta el momento, información que permita generar criterios orientadores y estratégicos que sean insumos en la planificación, control y evaluación de la calidad de la atención.

Por otra parte los informantes calificados plantean que trabajar en el primer nivel implica tomar conciencia de la población excluida.

Trabajar desde el primer nivel hace que se piensen en aquellos que no se encuentran en el sistema y eso hace que uno, que trabaja en el primer nivel, visualice que hay una mala accesibilidad para los adolescentes... (Entrevista 5, comunicación personal, 2012).

Sin embargo, el equipo del centro de salud manifiesta trabajar con aquellos adolescentes que llegan a solicitar atención y que el abordaje comunitario no se realiza por escasez de recursos humanos. Esto último amerita la reflexión en cuanto a que las políticas de salud sean planificadas desde la óptica de la inclusión y que los profesionales piensen y formulen prácticas que puedan integrar a toda la población adolescente para que los factores socioeconómicos y culturales de su origen no incidan iatrogénicamente en su desarrollo humano como se señala en el marco teórico.

Asimismo se hace referencia a que la formación de los recursos humanos en salud es un obstáculo para la accesibilidad a la atención: «... lo que pasa es que los técnicos no están formados para este tipo de trabajo, por más que hay capacitación, hay que trabajar desde la interdisciplina y ver cuál es el aporte del otro y que no viene a meterse a tu lugar. Es algo difícil». «Los profesionales se

preguntan si no están cometiendo una transgresión si lo atiende si va solo. El tema es que los profesionales no han recibido mucha formación... por eso la pregunta» (Entrevista 5, comunicación personal, 2012).

En cuanto a la dimensión de la información de la accesibilidad, es de destacar que el manejo que se realiza de esta en el centro es restringida y limitante de los derechos de los adolescentes. No se incluyen aspectos de la realidad social y de la heterogeneidad de la población con la que se trabaja. De los diversos canales posibles de utilizarse (web, folletería, cartelería, etcétera) se prioriza la cartelería y folletería. En cuanto a la primera se diagrama desde una mirada adultocéntrica, infantilizada y por ende poco atractiva para los adolescentes. La información se presenta en forma desordenada y sesgada hacia la salud sexual y reproductiva, la violencia y el consumo problemático de sustancias.

Para dar cierre al análisis de la accesibilidad es necesario considerar dos aspectos centrales de dicho concepto: ciudadanía y participación. Como se señaló anteriormente, el sistema de salud como institución creada por el Estado para «el cuidado de la salud» no ha tenido en su encargo original, contribuir a la construcción de ciudadanía. Hasta ahora, no se ha tenido en cuenta al usuario del sistema para la toma de decisiones respecto de su propia salud y la de los demás. Sin embargo, desde la implementación del SNIS se encuentra en el centro de su finalidad contribuir al desarrollo emancipador de las personas promoviendo la participación activa de estos en diferentes escenarios, destacándose su aporte en el sistema de salud. Es un cambio de cosmovisión, el logro del pasaje del solo reconocimiento de derechos civiles de los adolescentes a la intencionalidad de contribuir al desarrollo de una subjetividad emancipatoria de estos.

Esto implicaría como señalan Saforcada y otros (2010) que los profesionales de la salud contribuyan en los procesos de devolución del poder de decisión sobre la salud de la sociedad.

En el centro de salud investigado no se promueve la participación de los adolescentes en la toma de decisiones sobre su salud, así como tampoco en otros espacios del mismo centro. El ejercicio de ciudadanía se encuentra restringido al acceso a la atención, no habiendo un real aporte al ejercicio de derechos.

Prácticas que reflejen este posicionamiento implican adoptar una institución de puertas abiertas a la comunidad, del desarrollo de acciones donde transcurre la vida cotidiana de las personas, que es precisamente, donde se generan sus condiciones de salud y enfermedad, y más aún si pensamos en la atención que deben recibir los adolescentes. El Programa Nacional de Salud Adolescente establece que se deben desarrollar acciones coordinadas con otros actores del territorio, desarrollar acciones en los ámbitos donde los adolescentes se encuentran, tales como plazas, escuelas, liceos, generar promotores de salud adolescentes, proponer ambientes participativos, etcétera. Son escasas las experiencias que se han desarrollado impulsando estas acciones. De hecho la participación de la adolescencia en el sistema de salud se sustenta en sus niveles mínimos de asistencia al centro de salud en busca de atención o información, pero no se proponen

acciones que propicien su empoderamiento, o el desarrollo de acciones de toma de decisión. Tampoco se generan acciones tendientes a incidir comunitariamente en los principales problemas de salud de dicha población.

Se entiende que esta situación deriva principalmente de la formación de los recursos humanos que provienen de estructuras curriculares donde predomina la enseñanza de otros modelos de atención. Fundamentalmente en lo que refiere a los profesionales que provienen del campo de la medicina, aunque algunos estudios (Rudolf y otros, 2010) demuestran que en el campo psico-social también se genera un modelo restrictivo de atención a la salud.

El papel que se les otorga a los profesionales de la salud en el Programa Nacional de Salud Adolescente (2007) o la OPS (2000), es de ser un actor clave para preparar a los adolescentes en el ejercicio y empoderamiento de sus derechos. Son los adultos que deben garantizar los derechos como parte de un proceso emancipatorio hacia la nueva generación como lo señala Bustelo (2007).

Propuesta de una estrategia de intervención para reorientar o profundizar la perspectiva de derechos en la práctica institucional

En función a lo desarrollado anteriormente se proponen en esta instancia algunos lineamientos que permitan profundizar en la implementación del enfoque de derechos en las prácticas profesionales en el trabajo con adolescentes en el marco del ESA.

En primera instancia se destaca la relevancia que posee la formación académica universitaria para el desarrollo del enfoque de derechos en la atención integral.

Si bien se ha avanzado en la integración de instrumentos jurídicos en las políticas públicas y en particular las políticas sociales en salud que promueven la infancia y adolescencia como sujetos de derechos, no es suficiente para su efectivo ejercicio. Se entiende necesario que para integrarlos a las prácticas profesionales, la formación brinde herramientas que permita el desarrollo de dicho enfoque.

En el momento actual (2014) la implementación de la segunda reforma universitaria así como de la reforma del sistema de salud, generan un contexto favorable que habilita oportunidades para un proceso de cambio en la calidad de los vínculos entre los profesionales y la sociedad. Los pilares de la integración de las funciones universitarias que se basan en una valoración del saber del otro, del intercambio horizontal, en una construcción conjunta entre el saber popular y académico, propician la formación de universitarios comprometidos con la realidad nacional. El desarrollo de la integración de funciones, genera el encuentro entre la Udelar y la comunidad, promoviendo la articulación de práctica y teoría, haciendo pasar a la capacitación por la experiencia, el tránsito por la propia organización, sus actividades, sus características. Sin embargo se continúan replicando formaciones que poseen un escaso desarrollo interdisciplinar en el Área Salud, ya que se sigue sosteniendo propuestas de formación individuales de las disciplinas, perpetuando algunas dificultades que son obstáculos para el desarrollo de un modelo de atención integral.

En tal sentido, pensar la formación desde una perspectiva interdisciplinaria y con una fuerte relevancia en el trabajo del primer nivel, requiere incorporar la perspectiva de derechos. Asimismo integrar los procesos culturales y contextuales involucrados en la salud, los vínculos y la subjetividad, permitiría el desarrollo de actividades formativas que se basen en el intercambio, análisis y reflexión de las acciones realizadas. De esta forma los profesionales quedan ubicados en un rol de capacitador democráticamente compartido con los usuarios. Lo que permite que estos asuman un lugar más activo constituyéndose en interlocutores,

como también ciudadanos con derechos. Desafío que debería tomar la Udelar para contribuir a la salud y a la calidad de vida de los ciudadanos y sostener un compromiso con una formación ética para lograr mayor equidad social.

La formación de los recursos humanos en salud es fundamental para lograr el cambio en el modelo de atención que la reforma se propone. De ello dependerá —en gran medida— el promover una nueva concepción de salud, entendida como «responsabilidad personal que debe ser fomentada como tal por la sociedad y sus instituciones pero también como bien social cuyo acceso y distribución la sociedad debe promover y tutelar; lo que lleva directamente al enfoque de derechos» (Giorgi, 2006: 18).

Esta investigación permite plantear que la accesibilidad al ESA tiene diversas barreras para la atención, en sus diferentes dimensiones. Cobran particular relevancia los aspectos culturales principalmente vinculados a la formación de los recursos humanos y al lugar que la sociedad le otorga a los adolescentes.

En lo que refiere a la atención adolescente es necesario que las prácticas profesionales deban realizarse en espacios desestructurados.

El ejercicio del derecho a la salud no se da «en las cuatro paredes de un centro de salud», sino en los diferentes escenarios de la vida. No es «favorecer» el acercamiento de los servicios de salud a los contextos cotidianos de los y las jóvenes sino que «integrarlos», «ser parte» de ellos y establecer vínculos significativos con ellos y con sus adultos de referencia (Arias, 2011: 15).

La escucha de las necesidades y de los intereses de los adolescentes por parte del equipo de atención es primordial para diagramar la atención integral en clave de derechos. Como se ha señalado, la atención tiende a ser planificada desde una mirada adultocéntrica y desde el saber disciplinar. Asimismo es de señalar que el estigma que se posee de esta población «se filtra» en las acciones que se desarrollan; particularmente en la atención asociada a la salud sexual y reproductiva como forma de control del embarazo adolescente en contextos de pobreza y de exclusión; poniendo énfasis en las mujeres adolescentes.

Los servicios de salud diagramados para esta población deben responder a sus necesidades y aceptar su participación. Es necesario que los profesionales de la salud den lugar a las adolescencias y que permitan que sean los propios adolescentes quienes construyan ese espacio desde sus intereses y necesidades.

Con relación a esto último es pertinente referir a lo señalado por adolescentes consultados por UNICEF en cuanto a cómo deberían ser los servicios de salud amigables.

Según estos debieran:

Que no se parezcan a una clínica.

Que estén abiertos fuera del horario de los centros educativos a los que asistimos.

Que tengan consejeros con los que podamos establecer una buena relación y en quienes podamos confiar.

Que nos den asesoramiento imparcial y no hagan juicios de valor.

Que nos garanticen completa confidencialidad.

Que sus profesionales nos escuchen y traten de entendernos en vez de hablar-nos como si fueran superiores a nosotros.

Que a sus profesionales y funcionarios les guste trabajar con nosotros y les interese nuestra salud (UNICEF, 2006: 23).

Se considera necesario para acelerar los procesos de cambio en el modelo de atención generar capacitaciones a todos los actores del sistema de salud, así como implementar un sistema de evaluación de los servicios que supere la lógica de la productividad de cada profesional. Dichas capacitaciones deben integrar el enfoque de derechos en las acciones de la política sanitaria dirigida a la adolescencia de manera de generar niveles cada vez más inclusivos, de accesibilidad y democratizar la salud generando sujetos plenos de derechos y fortaleciendo el desarrollo de ciudadanía. En especial se deben tener en cuenta de la CDN los artículos n.º 5 derecho a ser respetado en la evolución de sus facultades, n.º 12 derecho a ser escuchados y tomados en cuenta y n.º 16 derecho a la privacidad y respeto por la confidencialidad.

Asimismo se requiere generar dispositivos grupales para su abordaje en el entendido de que son las «formas de ser y estar en la adolescencia». El grupo de pares, la construcción del saber, el aprendizaje y la identidad se generan con un *otro*. La elaboración de un proyecto de vida a futuro requiere de los aportes de adultos significativos y en tal sentido, es necesario incluir a los adultos referentes (padres, profesores, hermanos mayores, abuelos, etcétera), así como tener la capacidad como profesionales de convertirse en uno más de ellos.

Como se reseña en el marco teórico este grupo etario se caracteriza por cambios, transformaciones y conflictos esperables en «un sano desarrollo». Por tanto las acciones ha priorizar con ellos serán las de prevención y promoción de salud en el primer nivel de atención para contribuir en el despliegue de la autonomía y ciudadanía.

El abordaje debe ser interdisciplinario, el cual requiere de la integración de saberes y miradas provenientes de diversas disciplinas de la salud y de las ciencias sociales. Para ello la construcción de equipo es clave para superar la separación entre las disciplinas, evitar una visión fragmentada, la toma de decisiones unilaterales y la duplicidad de funciones. El trabajo se asume atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población y no de acuerdo a la función de cada profesional (Canetti y Da Luz, 2003).

La intersectorialidad debe ser un componente que transversalice las acciones del equipo, ya que para lograr el trabajo con adolescentes en el primer nivel de atención es un requisito per se. Se requiere la articulación de varios actores, entre ellos: sistema educativo, centros deportivos, familia, grupo de pares, etcétera.

Una adecuada gestión en política pública en salud exige un rol protagónico del Estado en la articulación de los diversos planes y programas destinados a la

adolescencia con la finalidad de lograr su emancipación en pos del desarrollo sustentable del país.

Para finalizar se considera que la propuesta de los ESA constituye un avance importante en materia de salud adolescente. El camino andado ha generado aperturas para lograr el cambio en el modelo de atención. La investigación realizada identifica vacíos, ambivalencias y contradicciones en el desarrollo de la propuesta. Situación que puede explicarse en parte, a los escasos lineamientos que se brindan desde el diseño de la política pública para el desarrollo de la atención, quedando librado a las singularidades personales de los profesionales y de la dirección del centro, generando tensiones en esta relación. Sin lugar a dudas, se requiere de mayores esfuerzos y transformaciones que den lugar a equipos de profesionales que habiliten el desarrollo de espacios amigables para los adolescentes. En tal sentido, este ha sido el cometido de este trabajo; contribuir a la mejora de la atención en salud adolescente.

Bibliografía

- ACEVEDO (2003): «El aprendizaje ciudadano: Desafío ineludible en la consolidación del sistema democrático» En: AQUÍN, N. (Comp.) *Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el trabajo social* Buenos Aires: Ed. Espacio, pp. 153-168.
- ALMEIDA FILHO, N. (2005): «Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde». *Saúde e Sociedade*, 14 (3): 30-50.
- ARIAS, M. (2011): *Ensayo: Entre los principios de la Convención y la salud de los jóvenes de nuestro país*. Tesis de maestría. Montevideo, Maestría de Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República [inédito].
- y SUÁREZ, Z. (2010) *La información: una dimensión de la accesibilidad*. Inédito.
- ; SUÁREZ, Z.; y RAMOS, F. (2009): «La Accesibilidad en tiempos de Reforma. La Psicología aporta?» En: RUDOLF, S y otros (2009): *Accesibilidad y Participación Ciudadana en el Sistema de Salud. Una mirada desde la Psicología*. Montevideo: Fin de Siglo, pp. 112-140.
- (2004): *Proyecto de Investigación «Aproximación al estudio de la accesibilidad a los servicios de atención psicológica en la infancia en Malvin Norte»*. Montevideo, Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- AQUÍN, N. (2003): «Entorno a la ciudadanía» En: *Ensayos sobre Ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social* DE AQUÍN (Comp.) Buenos Aires: Ed. Espacio Editorial, pp. 15 - 25.
- BARATTA, A. (2007): «Democracia y derechos del niño» en *Justicia y derechos del niño*, n.º 9, Unicef. Recuperado en agosto de 2014 en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/Justicia_y_derechos_9.pdf>.
- BARRÁN, J. P. (1992): *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.
- BARTABURU y otros (2012) «A participar también se aprende. Apuntes para promover la participación infantil y adolescente». *Programa de participación infantil y adolescente del Instituto del niño y adolescentes del Uruguay*. Mvd: INAU.
- BOADO, M. Y FERNÁNDEZ, T. (2010): *Trayectorias académicas y laborales de los jóvenes en Uruguay. El panel Pisa 2003-2007*. Recuperado en agosto de 2014 en: <<http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Trayectorias%20academicas%20y%20experiencias%20laborales%20OPISA%20OL%20URUGUAY%20feb%202010.pdf>>.
- BRITOS, N. (2003): «La trayectoria de la ciudadanía en Argentina. Derechos Humanos y Ciudadanía» En: AQUÍN, N. (Comp.) *Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el trabajo social*. Buenos Aires: Ed. Espacio, pp. 27 - 65.
- BUSTELO, E. (2007): *El recreo de la Infancia*. Buenos Aires: Ed. Siglo Veintiuno Editores.
- CANETTI, A. Y DA LUZ, S. (2003): *Enseñanza universitaria en el ámbito comunitario*. Mvd: Ed. Ewcrtes S.r.l.
- CILLERO, M. (1999): *El interés superior del niño en el marco de la convención internacional sobre los derechos del niño*. Recuperado en agosto, 2014 en: <http://www.iin.oea.org/el_interes_superior.pdf>.
- COMES, Y. (2003): «Accesibilidad: una revisión conceptual» Artículo de circulación interna del equipo de investigación de la Facultad de Psicología de la UBA. Buenos Aires: UBA.

- COMES, Y. y STOLKINER, A. (2003) «Concepción de “Responsabilidad individual” en el cuidado de la salud como barrera de accesibilidad simbólica al sistema de salud en el discurso de los usuarios pobres del área metropolitana de Buenos Aires», Facultad de Psicología. *Anuario de las Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA*. Buenos Aires: UBA.
- Código de la Niñez y Adolescencia* (2004): Ley 17823. Disponible en: <www.presidencia.gub.uy/ley/2004090801.htm>. Última consulta: abril de 2015.
- Comisión de Juventud del Comité de Coordinación Estratégica de Infancia, Adolescencia y Juventud – Consejo Nacional de Políticas Sociales (2011): *Plan Ser Joven en Uruguay (2011 – 2015)*. Mvd.: Imp. Rosgal. S.A. Mides – Inju.
- CROWLEY, P. (1998): «Participación infantil: Para una definición del marco conceptual. Parte 1. Marco Conceptual» En: *La participación de niños y adolescentes en el contexto de la Convención sobre los derechos del niño: visiones y perspectivas* de VERAZZI, B Y BENES, R. Unicef. Recuperado en agosto de 2014 en: <<http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/bogota.pdf>>, pp. 9-15.
- CUSTO (2003): «La trayectoria de la ciudadanía en Argentina. Derechos Humanos y Ciudadanía» En: AQUÍN, N. (Comp.) *Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el trabajo social*. Buenos Aires:Ed. Espacio. pp. 101 - 112.
- DE ARMAS, G. (2008): «Gasto público social e infancia en Uruguay. Evolución reciente y proyecciones en cotejo con la región y el mundo» En: CALVO, J. y MIERES, P. (Coord.), *Nacer, crecer y envejecer en Uruguay*. Montevideo: UNFPA y RUMBOS.
- DE LELLIS M. (2006): *Psicología y políticas públicas en salud*. Buenos Aires, Paidós Tramas Sociales.
- DIEZ MEDINA, R. (1992): *Los jóvenes y el trabajo en Uruguay: la búsqueda y la inserción* Montevideo: FCS UDELAR Recuperado en agosto de 2014 en: <<https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/1977>>.
- DONABEDIAN A. (1988) «Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica» *Biblioteca de la salud*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- FILGUEIRA, F; KAZTMAN, R. y RODRÍGUEZ, F. (2005): «Las claves generacionales de la integración y exclusión social: adolescencia y juventud en Uruguay y en Chile en los albores del siglo XXI». *Serie Documentos de Trabajo del IPES / Colección Estudios Comparados* n.º 2. CDD 300 Programa IPES. Mvd: Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Católica del Uruguay. Recuperado en agosto de 2014 en: <http://www.ucu.edu.uy/sites/default/files/facultad/dcsp/claves_generacionales_integracion.pdf>.
- FRENK, J. (1995): «El Concepto y la Medición de Accesibilidad» En: *La evaluación de la accesibilidad, calidad y equidad en Salud. División de Sistemas y Servicios de Salud*. México: Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, Salud Pública de México, pp. 929 - 943.
- GARCÍA, S. (2008): *Protección especial en el campo de la infancia y la adolescencia. Cambios y continuidades en las políticas de infancia en el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay*. Cuadernos de la ENIA- Políticas de protección especial. ENIA 2010-2030. Montevideo, Infamilia, Ministerio de Desarrollo Social.
- GARCÍA CANCLINI (1995): *Consumidores y ciudadanos*. México: Ed. Grijalbo.
- GIORGI, V. (2003a): «Salud, calidad de vida y ciudadanía. Una perspectiva desde la complejidad». En MFAL (ed.) *La alternativa de la complejidad en tiempos de incertidumbre*. Montevideo, Ediciones Ideas.
- (2003b): «La construcción de la subjetividad en la exclusión». *Seminario: Drogas y exclusión social*. Montevideo.

- GIORGI, V. (2004): «Salud mental y políticas públicas. El trabajo del psicólogo en el campo de la seguridad humana» En: *Revista de la Coordinadora de Psicólogos* n.º 161 Recuperado en agosto de 2014 de: <<http://www.psicologos.org.uy/descargas/BoletinDic2004.pdf>>, pp. 9-16.
- (2006): «Psicología y políticas sociales. XIX Encuentro Nacional de Psicólogos. CPU. Mvd. Recuperado en agosto de 2014 en: <http://www.psicologos.org.uy/noticia2_encuentro.html>.
- (2007) *De los derechos a los hechos Reflexiones en torno a la construcción de un sistema de protección de los niños, niñas y adolescentes*. Jornadas de celebración del aniversario del Hospital Ibarra- Organizadas por OMS/OPS - La Plata Argentina.
- GONZÁLEZ T. y OLESKER, D. (comp.) (2009): *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo, Ministerio de Salud Pública.
- IDISU (2012) *Guía: Los derechos de niños y adolescentes en el área de salud*. Mvd: Ed. Mosca. UNICEF.
- INFAMILIA – MIDES (2006) *Fortalecimiento de una atención especializada y diferenciada para el trabajo con adolescentes en Instituciones Públicas* Recuperado en agosto de 2014 en: <http://www.psyco.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_programa%20INFAMILIA%20atencion%20adolescentes.pdf>.
- Instituto Iberoamericano del Niño (IIN) (2007): *Políticas públicas y derechos humanos del niño*. Observaciones Generales. Montevideo, Comité de los Derechos del Niño. Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- JARDINES, MÉNDEZ (2007): «Acceso a la información y equidad en salud» En *Rev. Cubana Salud Pública*. Infomed. Recuperado en agosto de 2014 en: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=rev.%20ocuba.%20salud%20publica&connector=ET&lang=pt>>.
- KLEIN, A. (2004): *Adolescencia: Un puzzle sin modelo para armar*. Montevideo, Psicolibros.
- MENÉNDEZ L. E. (1985): «El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos». *Desarrollo Económico*, 96: 593-604.
- METTIFOGO D. y SEPÚLVEDA R. (2004): *La situación y el tratamiento de jóvenes infractores de ley en Chile*. Serie estudios CESC: Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana. Santiago de Chile, Universidad de Chile.
- MIDES-INJU (2011): *Comisión de Juventud del Comité de Coordinación Estratégica de Infancia, Adolescencia y Juventud-Consejo Nacional de Políticas Sociales: Plan Ser Joven en Uruguay (2011-2015)*. Montevideo, Inju, Mides.
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES): Guía de recursos. Recuperado en agosto de 2014 en: <<http://guiaderecursos.mides.gub.uy/mides/text.jsp?contentid=4117&site=1&channel=mides>>.
- Ministerio de Salud Pública (MSP), Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud Adolescente (2009): *Guías de Abordaje Integral de la Salud de Adolescentes en el primer nivel de atención*, Tomo 1. Montevideo, Fondo de Población de las Naciones Unidas-Ministerio de Salud Pública.
- MORENO M. y LÓPEZ M. (2009): «La salud como derecho en Colombia». *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Vol. 8 , n.º 16, pp. 133-152, Col. Hermeroteca. Bogotá: Universidad Pontificia Javeriana
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009): *Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando en los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires, Ediciones Journal.

- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (1979): «Condiciones de salud del niño en las Américas» Año Internacional del niño. *Publicación Científica n.º 381*. Washington, D. C. PAHO, Library.
- PERDOMO, R. (2004): *Ser adolescente, ser joven, hoy. Ciclo de mesas redondas*. Montevideo, Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- RUDOLF, S. y otros (2010): *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la psicología*. Montevideo, Editorial Fin de Siglo.
- SAFORCADA, E. (1999) *Psicología sanitaria. Análisis críticos de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires, Paidós Tramas Sociales.
- y otros (2010): *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Tramas Sociales 59. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- SETARO, M. y KOOLHAAS, M. (2008): *Cuadernos de la ENIA. Políticas de Salud. Políticas de Salud para la Infancia y Adolescencia*. Montevideo, Mides, Recuperado en agosto de 2014 en: <http://www.iin.oea.org/IIN2011/newsletter/boletin2/building%20pdf/Políticas_de_salud.pdf>.
- SIMINI, F. y otros (2000): *Sistema Informático del Adolescente. Con Historia de Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo, CLAP, OPS-OMS.
- SOLITARIO, R., GARBUS, P. STOLKINER, A. (2008): «Derechos, ciudadanía y participación en salud; su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios» *Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología de la UBA*. Vol. xv. Buenos Aires: UBA.
- STOLKINER, A. y otros (2000): *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken.
- STOLKINER, A.; SOLITARIO, R. y GARBUS, P. (2006) *Derechos, Ciudadanía, y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios*. Secretaría de investigaciones / Anuario de investigaciones, Volumen xv, Buenos Aires: Facultad de psicología - UBA, pp. 263-269.
- Unicef (2006): *Salud y participación adolescente. Palabras y juegos*. Guía 3. Disponible en: <http://www.unicef.org/uruguay/spanish/GUIA_3.pdf>. Última consulta: abril de 2015>.
- (2009a): *Derechos Humanos de la Niñez y la Adolescencia. Convención Internacional del Derecho del Niño*. Montevideo, Unicef.
- (2009b): *Observatorio de los Derechos de la Infancia y la adolescencia en Uruguay 2009. Pobreza, Políticas Sociales e Inversión en la infancia*. Montevideo, Unicef.
- (2010): *Intercambios. Serie de documentos de trabajo de W Uruguay. 2 Adecuación de la legislación nacional a los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Montevideo, Unicef.
- URRIBARI, R. (1998): *Sobre adolescencia, duelo y a posteriori*. Recuperado en agosto, 2014 en: <bibliotecadigital.apa.org.ar/.../REVAPAT9904704p0785Urribarri.pdf>.
- VICKERS, J. (1992): «Comparing Disciplinary and Internadisciplinary Claims: How Much Discipline?». *Association for Canadian Studies Working Documents on Interdisciplinarity*.
- VIÑAR, M. (2009): *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo, Ediciones Trilce.

Lista de abreviaturas

ANEP:	Administración Nacional de Educación Pública
ASSE:	Administración de Servicios de Salud del Estado
APS:	Atención Primaria en Salud
BPS:	Banco de Previsión Social
BSE:	Banco de Seguros del Estado
CAIF:	Centro de Atención a la Infancia y la Familia
CDN:	Convención de los Derechos del Niño
CNA:	Código de la Niñez y la Adolescencia
ENIA:	Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia
ESA:	Espacio de Salud Adolescente
Fonasa:	Fondo Nacional de Salud
IDISU:	Iniciativa de Derechos de la Infancia y Salud del Uruguay
IAMC:	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de prepago
INAU:	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INE:	Instituto Nacional de Estadística
INN:	Instituto Interamericano del Niño
Inju:	Instituto Nacional de Juventud del Uruguay
MEC:	Ministerio de Educación y Cultura
MEF:	Ministerio de Economía y Finanzas
Mides:	Ministerio de Desarrollo Social
MSP:	Ministerio de Salud Pública
MTSS:	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
MTD:	Ministerio de Turismo y Deportes
MVOTMA:	Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PIAS:	Plan Integral de Atención en Salud
RAP:	Red de Atención Primaria
RRHH:	Recursos humanos
SFFAA:	Sanidad de la Fuerzas Armadas y de Sanidad Policial
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud
SOCAT:	Servicio de Orientación Consulta y Articulación Territorial
Udelar:	Universidad de la República
Unicef:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Sobre las autoras

María Alejandra Arias es licenciada en Psicología. Profesora Adjunta en el Programa Concepciones Determinantes y Políticas en Salud del Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar). Especialista en Psicología Clínica en Niños y Adolescentes y en Derechos de Infancia y Políticas Públicas. Maestranda en Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Udelar. Investigadora en temas de Salud Pública. Es autora de varias publicaciones y artículos en la temática. marias@psico.edu.uy

Zulema Suárez es licenciada en Psicología. Docente Asistente en el Programa Concepciones Determinantes y Políticas en Salud del Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar). Especialista en Derechos de Infancia y Políticas Públicas. Maestranda en Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Udelar. Investigadora en temas de Salud Pública. Es autora de varias publicaciones y artículos en la temática. zsuares@psico.edu.uy

El cambio de modelo de atención aparece como uno de los ejes centrales en la propuesta de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay. Dentro de las poblaciones a priorizar se encuentran los adolescentes con el fin de contribuir a su autonomía y desarrollo integral. Este paso constituye un reconocimiento por parte del Sistema de Salud de los adolescentes como usuarios y sujetos de derechos capaces de tomar decisiones respecto a su salud.

La presente publicación analiza los avances, las tensiones y dificultades que encuentra el proceso de transformación de la atención a la salud desde el enfoque de derechos. Pone en evidencia las brechas existentes entre la propuesta de cambio de modelo por parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la construcción discursiva de la atención y las capacidades prácticas de los equipos de salud. Se pretende aportar conocimiento para contribuir a la calidad de la atención de los adolescentes en el primer nivel.

ISBN: 978-9974-0-1311-7

