



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# La atención en salud de la población adolescente

Un estudio desde la perspectiva adolescente

**Autora: Lic. Alejandra Arias**

**Maestría en Derechos de Infancia  
y Políticas Públicas**

Montevideo, julio de 2017

# **La atención de la salud de la población adolescente**

## **Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes**

Autora: Lic. Alejandra Arias

---

Tesis presentada para obtener el título de Magister en Derechos de Infancia y Políticas Públicas en el marco de la Maestría Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República.

Cohorte 2009

Directora de Tesis: Mag. Susana Rudolf

Montevideo, julio de 2017



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

## AGRADECIMIENTOS

Si bien la producción de una tesis es un camino donde uno se siente por momentos “muy solo”, el poder transitarlo es gracias al sostén de varias personas, las que permiten que uno pueda llegar a destino.

En primer lugar, vaya mi agradecimiento a mi tutora, Susana Rudolf, por su generosidad en compartir sus conocimientos, su confianza, su orientación y apoyo.

A Zulema Suárez porque junto a ella he iniciado la producción de conocimientos dentro de este campo; hemos intercambiado, discutido y creado juntas. Fue una gran motivadora en la elección del tema.

Especial reconocimiento merece Graciela Loarche y Alejandra López por su ánimo y sus aportes. De igual manera, Luis Giménez, Víctor Giorgi, Marita Pimienta y Denisse Dogmanas por el interés mostrado ante mi producción y por los espacios generados para el intercambio.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a los estudiantes de grado de la Licenciatura de Psicología del 7° y 8° semestres que cursaron la práctica y proyectos “Servicios de salud y adolescentes” en el 2015, así como los egresados que realizaron los cursos de formación permanente que he dictado en estos últimos dos años. En particular, a la Lic. Mónica Centurión, la Lic. Ma. Cecilia Vitale, la Lic. Valeria Machado, el Br. Gabriel Güido y la Br. Gabriela Estevez por la colaboración en el desarrollo de la experiencia de campo y en el procesamiento de datos.

Del mismo modo, al equipo de profesionales del ESA del centro de salud de la RAP-ASSE donde se desarrolló la investigación y a los adolescentes que participaron en ella.

Por último y no menos importante, a mi familia. Especialmente, Fernando, Abril y Fiorella por su comprensión, paciencia, apoyo incondicional y por dejarme ser.

Simplemente gracias.....

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

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANEP: Administración Nacional de Educación Pública

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

APS: Atención Primaria en Salud

CDN: Convención de los Derechos del Niño

CNA: Código de la Niñez y la Adolescencia

CSA: Carné de Salud Adolescente

ENAJ: Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud

ENIA: Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia

ESA: Espacio de Salud Adolescente

FPNU: Fondo de Población de las Naciones Unidas

IDISU: Iniciativa de Derechos de la Infancia y Salud del Uruguay

INAU: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INN: Instituto Interamericano del Niño

INJU: Instituto Nacional de Juventud del Uruguay

IAMC: Institución de Asistencia Médica Colectiva

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MMH: Modelo Médico Hegemónico

MS: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNSA: Programa Nacional de Salud Adolescente

PNSAJ: Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

RAP: Red de Atención Primaria

RRHH: Recursos Humanos

RS: Representaciones Sociales

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SSAAJ: Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

UDELAR: Universidad de la República

UNASEV: Unidad Nacional de Seguridad Vial

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNPFA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

## RESUMEN

El presente estudio se desarrolló en el marco de la tesis de Maestría de Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República y es presentado para obtener el título de Magister en Derechos de Infancia y Políticas Públicas. Se centró en el interés de conocer las representaciones sociales de adolescentes usuarios de un centro de salud sobre la atención que los servicios de salud diagraman y brindan para ellos.

Los antecedentes relevados dan cuenta de un vacío de conocimiento en el campo de la salud en esta temática. Las fuentes bibliográficas consultadas desarrollan solo un aspecto de la atención: la producción de conocimientos y propuestas de los servicios de atención para adolescentes.

El corte del estudio fue cualitativo configurando un estudio de caso donde se privilegió las técnicas de la entrevista semi dirigida y la observación participante. La investigación tuvo como población objetivo adolescentes de ambos sexos no portadores de una discapacidad intelectual y/o psíquica entre 12 y 18 años del Espacio de Salud Adolescente (ESA) de un centro de salud de la Red de Atención Primaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP- ASSE). Del mismo modo se realizaron entrevistas semi dirigidas a informantes calificados y observación participante al equipo profesional integrante del ESA. La información relevada se analizó desde un enfoque interpretativo que permite adentrarnos en el discurso de los participantes.

El proyecto se llevó a cabo durante el período de setiembre del 2015 a mayo del 2016. La finalidad del mismo fue la producción de conocimiento en el marco de la Universidad de la República (UdelaR) para contribuir a la mejora de los procesos de atención a la salud de los adolescentes uruguayos.

Los principales resultados obtenidos giran en torno en que la condición reproductiva es uno de los ejes estructurantes de la atención a la salud de los adolescentes, perpetuando el enfoque materno - infantil. Los profesionales desarrollan prácticas que no responden al paradigma de la atención integral con los adolescentes. Se

identifica dificultades por parte de los profesionales de integrar a sus prácticas las necesidades sentidas y de atención a la salud de los adolescentes. Esto impacta en el vínculo que se establece con ellos. Es mínimo el grado de participación que los adolescentes poseen en los servicios de salud. Estos últimos no son un sistema de referencia para ellos. Su utilización es básicamente ante la pérdida de salud. Parte de la situación se explica por el peso simbólico que posee el modelo de atención médico hegemónico para los ellos. El registro subjetivo que mayor impacto tiene de su experiencia profesional son las consultas de adolescentes en situación de vulnerabilidad y riesgo social. Esto obtura la mirada integral y positiva del adolescente. Se requiere de cambios estructurales de la sociedad uruguaya para lograr un cambio político y social que permitan transformaciones profundas asociadas a los lugares de poder y el ejercicio de derechos de los adolescentes. Es necesario que la formación universitaria de grado como del pos grado del Área Salud y Social de la UdelaR fortalezcan la formación teórica interdisciplinar en cuanto al modelo de atención integral a la salud, el enfoque de derechos, los determinantes sociales de la salud, la accesibilidad, concepción de adolescencia/s desde el paradigma de la complejidad, entre otros.

**Palabras claves:** Adolescentes, servicios de salud, derechos de infancia, representaciones sociales.

## ABSTRACT

This study was developed in the context of the thesis of the Master in Rights of Childhood and Public Policies of Universidad de la República [University of the Republic, Uruguay] and is submitted to obtain the Master's Degree in Rights of Children and Public Policies. The study focused on the interest of learning about the social representations of adolescents users of a health center regarding the care structure that health services implement and provide for them.

The records surveyed account for a knowledge gap in the field of health in this area. The bibliographical sources consulted develop only one aspect of care: the production of knowledge and proposals of care services for adolescents.

The study had a qualitative approach, setting a case study with a strong use of techniques of semi-guided interview and participant observation. The research had as a target population adolescents of both sexes who do not carry an intellectual and/or psychological disability between the ages of 12 and 18 at the Adolescent Health Space (ESA, for its Spanish acronym) of a health center of the Primary Care Network of the State Health Services Administration (RAP-ASSE, for its Spanish acronym). In the same manner, semi-guided interviews with qualified informants and participant observation were conducted with ESA's professional staff. The information surveyed was analyzed from an interpretative stand point that allowed us elaborating on the discourse of the participants.

The project was carried out from September 2015 to May 2016. The purpose of this study was the production of knowledge within the context of Universidad de la República (UdelaR) to contribute to the improvement of health care processes for Uruguayan adolescents.

The main results obtained revolve around the fact that the reproductive condition is one of the structuring axes of health care for adolescents, perpetuating the maternal and child approach. Practitioners develop practices that do not respond to the paradigm of comprehensive care with adolescents. The study identifies difficulties

on the part of the professionals to integrate to their practices the needs for care to the health of adolescents. This impacts on the relation established with them. The degree of participation that adolescents have in health services is minimal. These services are not a reference system for them. They are basically used in cases of loss of health. Part of the situation is explained by the symbolic weight that the hegemonic medical care model has for them. The subjective records of the professional experience that have the greatest impact are the consultations of adolescents in situations of vulnerability and social risk. This impairs the comprehensive and positive perspective of the adolescent. Structural changes in Uruguayan society are required to achieve a political and social change that will allow profound transformations associated with the positions of power and the exercise of rights of adolescents. It is necessary that the undergraduate and postgraduate university education of the Health and Social Area of UdelaR strengthen the theoretical interdisciplinary training regarding the model of comprehensive health care, the rights approach, the social determinants of health, the accessibility and the concept of adolescence from the paradigm of complexity, among others.

**Key words:** Adolescents, health services, children's rights, social representations.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>3</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>9</b>
<b>1 - PRESENTACIÓN.....</b>	<b>13</b>
<b>2 - INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>3 - CONSTRUYENDO EL TEMA DE INVESTIGACIÓN: Los adolescentes y los servicios de salud. Conocimientos disponibles en la Región y en Uruguay.....</b>	<b>20</b>
<b>4 - LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS Y EN EL MARCO DE LA CREACIÓN DEL SNIS.....</b>	<b>27</b>
<b>5 - CONSIDERACIONES TEÓRICAS.....</b>	<b>34</b>
5.1 - Adolescencias.....	34
5.2 - Paradigmas de la atención a la salud.....	37
5.4 - Enfoque de derechos en la atención de la salud de los adolescentes.....	40
5.5 - Necesidades.....	42
5.6 - Representaciones sociales.....	44
<b>6 - EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>46</b>
6.1 - Preguntas a las que la investigación pretende dar respuesta:.....	46
<b>7 - OBJETIVOS.....</b>	<b>48</b>
7.1 - Objetivo general:.....	48
7.2 - Objetivos específicos:.....	48
<b>8 - PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>49</b>
8.1 - Metodología aplicada.....	49
8.2 - Desarrollo del trabajo de campo.....	51

8.3 - Análisis de los resultados.....	53
8.3.1 - Perfil de los adolescentes que participaron del estudio.....	54
8.3.2 - Opinión de los adolescentes entrevistados sobre los servicios de salud.....	62
8.3.3 - Fortalezas y debilidades de los servicios de salud según los adolescentes entrevistados. Puntos de encuentro y desencuentro entre los servicios de salud y la población usuaria.....	68
8.3.4 - Necesidades sentidas y de atención en salud según los usuarios adolescentes entrevistados.....	73
8.3.5 - Grado de conocimiento que tienen los adolescentes entrevistados sobre sus derechos en salud y la forma que los servicios los incluyen en la diagramación de la atención a su salud.....	77
8.3.6 - La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde la mirada de los entrevistados.....	90
<b>9 - CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>97</b>
<b>10 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>109</b>
<b>11 – ANEXOS.....</b>	<b>125</b>
11.1 - Consentimientos informados.....	126
11.2 - Pauta de entrevista abierta semi dirigida.....	133
11.3 - Entrevista abierta semi dirigida.....	134
11.4 - Folleto entregado a los adolescentes.....	138
11.5 - Gráficas y frecuencias elaboradas con spss.....	139
11.6 - Resumen ejecutivo.....	145

## 1 - PRESENTACIÓN

La tesis propuesta *“La atención de la salud de la población adolescente. Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes”* es producto de una trayectoria investigativa de más de 10 años sobre distintos aspectos y dimensiones sobre los servicios de salud y el derecho a la salud. Este proceso coincide con el inicio de la carrera docente de la autora en la UdelaR. En un movimiento holístico, la producción de conocimiento derivada de la investigación nutre el quehacer de la función extensionista y de la enseñanza universitaria de grado y pos grado. El momento que estaba atravesando el Uruguay a nivel social y económico a inicios del año 2000, fue un escenario fermental para la reflexión y análisis de la situación crítica del sistema de salud uruguayo. La organización y diagramación de los servicios de salud, la accesibilidad, el modelo de atención a la salud, la formación de los recursos humanos, las prácticas profesionales, entre otros, eran dimensiones en las que comencé a profundizar tanto a nivel de equipos de investigación como a nivel individual.

El proyecto de investigación *“Aproximación al estudio de la accesibilidad a la atención psicológica en la infancia en la zona de Malvín Norte”* (Arias, Najson, Ramos y Suárez, 2004) tuvo como objetivo central el estudio de la accesibilidad a los servicios de atención psicológica destinados a la infancia y adolescencia en una zona de Montevideo (Malvín Norte). El desarrollo del mismo (2004-2008) coincidió con la propuesta de la reforma del sistema de salud y creación del Sistema Nacional Integrado en Salud (SNIS). El estudio tuvo la originalidad de ser el primero en estudiar la accesibilidad en el Uruguay e investigar la accesibilidad en servicios de atención psicológica en la región. La producción permitió la realización de diferentes actividades académicas e intercambios con expertos del extranjero, autoridades ministeriales y departamentales (planificadores y decisores políticos). Los mismos estuvieron centrados en los cambios del funcionamiento del sistema de salud uruguayo a partir de la reforma y la accesibilidad como un analizador de la calidad de la atención y ejercicio de derechos de los usuarios.

Mi vinculación con la Ex Área Salud del Plan 1988 de la Licenciatura de la Facultad de Psicología en calidad de Investigadora Asociada, hizo que tomara contacto con un colectivo docente de trayectoria y participar de una línea de desarrollo académico que se instaura a partir de las diferentes investigaciones sobre participación y accesibilidad en el sistema salud: *El usuario como sujeto de derechos*. En este período se elaboraron artículos de difusión sobre diferentes temáticas asociadas al estudio de la accesibilidad (Arias, Ramos y Suárez), así como la publicación del informe final de la investigación en el libro *Accesibilidad y Participación. Ciudadana en el Sistema de Salud. Una mirada desde la Psicología*. (Rudolf y otros, 2009); «*La Accesibilidad en tiempos de Reforma. La Psicología aporta?*».

La producción de conocimiento en esta área lleva a plantear la estrecha relación entre accesibilidad y participación, así como proponer a la información como una dimensión de la primera.

Es de señalar que la propuesta del cambio Plan de Estudios de la Licenciatura de Psicología genera modificaciones en las estructuras académicas de la Facultad: creación de Institutos y Programas. En el 2012 me integro al Instituto de Psicología de la Salud y al Programa Concepciones, Determinantes y Políticas en Salud con la aspiración de contribuir al desarrollo de la Psicología de la Salud universitaria.

Los cambios producidos en la forma de desarrollar políticas públicas en Uruguay a partir del 2004, así como la priorización de la primera infancia y juventud en la agenda política, generó el interés en este ámbito. Los intercambios y los documentos producidos por la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (ENIA) la que propuso políticas de protección especial en el marco de una estrategia de 20 años (2010-2030) refuerza la decisión de realizar la Maestría Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la UdelaR.

La producción académica en el marco de la Maestría privilegió el abordaje de diferentes temáticas vinculadas a la atención a la salud de los adolescentes desde el enfoque de derechos: el papel de los adultos en el apuntalamiento del desarrollo integral, la accesibilidad de los adolescentes a los servicios de salud, el desarrollo del modelo de atención integral, el papel de la información en el autocuidado, la salud adolescente y joven como política pública, entre otros. La exigencia de la producción de una investigación evaluativa a una institución vinculada a la infancia o a la adolescencia para poder analizar el grado de incorporación y desarrollo del

enfoque de derecho en la misma, fue una propuesta determinante para poder seleccionar al sector salud y a la atención adolescente en el primer nivel. Es así que junto a Z. Suárez (2012) se realiza el estudio evaluativo: *“La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos”*. La investigación dejó en evidencia los avances y algunos obstáculos que presenta el cambio de modelo de atención integral a la salud adolescente. El escaso desarrollo de la incorporación de la perspectiva de derechos en las prácticas de salud tanto a nivel profesional como institucional en la atención, generan un cuestionamiento a la formación profesional universitaria. En el 2014, se presentó el informe final para su publicación en el llamado a financiación de Publicaciones de la Comisión Sectorial de Investigación (CSIC) de la UdelaR. En el 2016, el libro *“La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos”* de la colección Biblioteca Plural de la CSIC-UdelaR recoge la producción de conocimiento en el marco de la investigación evaluativa.

La trayectoria de la autora de la presente tesis le ha permitido ser un testigo del reconocimiento del SNIS del adolescente como usuario, de los cambios y las dificultades que presentó y presenta la atención adolescente en los centros de salud. La incorporación del enfoque de derechos en el análisis y reflexión sobre la atención a la salud ha sido clave para el abordaje y comprensión del lugar de estos como usuario del sistema de salud. El grado de integración en la atención de sus singularidades por el ciclo de vida que transita, su participación en el sistema, así como, la contribución del SNIS en su autocuidado.

De estos procesos personales y colectivos aludidos es que surge la idea fuerza de elaborar la tesis teniendo a este grupo etario como protagonistas de la producción de conocimiento. Los antecedentes relevados sobre el modo de utilización de los servicios de salud de los adolescentes, sus necesidades de atención, las problemáticas predominantes que presentan, provienen de la órbita técnico profesional sin integrar los aportes de los mismos. De esta manera se propone incluir la otra parte del binomio de esta relación para producir conocimientos sobre los modos de pensar y comprender los servicios de salud por parte de estos, identificar sus necesidades sentidas (Bradshaw, 1972) y el grado de integración de sus derechos como usuarios del sistema de salud. La identificación de las fortalezas y fragilidades de la atención, en un terreno que no escapa del despliegue de las relaciones de poder que atenta, por momentos, al ejercicio de

ciudadanía de los adolescentes. Desde este lugar, se entiende que la tesis puede ser un aporte más para contribuir a la mejora de la atención a la salud de esta población.

## 2 - INTRODUCCIÓN

La tesis se desarrolló en el marco de la Maestría de Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República (UdelaR) para obtener el título de Magister en Derechos de Infancia y Políticas Públicas.

La misma se centró en el interés de conocer las representaciones sociales (RS) de adolescentes usuarios de un centro de salud de primer nivel sobre la atención que reciben por parte de los servicios de salud.

Los antecedentes relevados dan cuenta de un vacío de conocimiento en el campo de la salud en esta temática. Las fuentes bibliográficas consultadas desarrollan solo un aspecto de la atención: la producción de conocimientos y propuestas de los servicios de atención para adolescentes.

La fundamentación del estudio deja en evidencia el escaso uso de los servicios de salud por parte de los adolescentes desde una perspectiva integral, ya que los servicios no se configuran para una atención con estas características. En tal sentido, cobra relevancia la comprensión de las coincidencias y las divergencias entre el funcionamiento de los servicios de salud diagramados para esta población y las representaciones sociales que tiene los adolescentes sobre estos. De esta manera se propone incluir la otra parte del binomio de esta relación, produciendo conocimientos sobre los modos de pensar y comprender los servicios de salud por parte de los adolescentes. Se persigue la integración de la mirada adolescente sobre los servicios de salud y sus necesidades sentidas y de atención en salud (Bradshaw, 1972). Del mismo modo, se busca identificar las fortalezas y debilidades sobre la política de salud propuesta para esta población.

El abordaje metodológico del estudio fue cualitativo, mediante el método de Estudio de Caso. Se privilegió las técnicas de la entrevista semi dirigida y la observación participante. Este diseño permitió desarrollar una mirada desde el interior y en profundidad del fenómeno estudiado; capturando la interacción entre numerosas variables de procesos altamente dinámicos como los que tienen lugar en las organizaciones y en las relaciones interpersonales del sector salud. (Reyes

y Hernández, 2008; Yin, R, 2011; Martínez Salgado , C, 2012; Urra Medina y otros, 2014)

La población objetivo fue adolescentes usuarios de ambos sexos no portadores de una discapacidad intelectual y/o psíquica entre 12 y 18 años de edad que se asisten en el Espacio de Salud Adolescente (ESA) del Centro de Salud Ciudad Vieja de la Red de Atención Primaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP- ASSE). El total de participantes fue de 31 adolescentes. El número se determinó por la saturación de la información que emergió del análisis de las entrevistas. Por otra parte, se realizaron entrevistas semi dirigidas a informantes calificados y observación participante al equipo profesional integrante del ESA.

La información relevada se analizó desde un enfoque interpretativo del contenido del discurso de los participantes.

El estudio tuvo como marco las normas de confidencialidad vigentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo, las normas nacionales y el Decreto N°379-008 que regulan la investigación con seres humanos; aspecto que fue explicitado a los participantes tanto a nivel oral como por escrito (consentimiento y asentimiento informado).

La investigación se llevó a cabo durante el período de setiembre del 2015 a mayo del 2016. Su finalidad fue la producción de conocimiento en el marco de la UdelaR con el fin de contribuir a la mejora de los procesos de atención a la salud de los adolescentes uruguayos, así como la formación de estudiantes de grado y pos grados universitarios.

Del análisis de los resultados surge que el principal cometido de los servicios de salud según los adolescentes entrevistados es la restitución de la salud cuando se la ha perdido. Es escasa la identificación por parte de ellos de la utilización de estos por otro tipo de motivo que no sea el curativo. El aporte que los servicios de salud les brinda se centra principalmente en el cuidado de su cuerpo. Subyace en estas prácticas de salud el modelo de atención Médico Hegemónico (MMH) (Méndez, 1985). Se identifica un control sobre el cuerpo del adolescente siendo objeto de la consulta.

Para los entrevistados la mayor fortaleza de la atención a la salud es que los profesionales establezcan un buen vínculo con ellos. Las dificultades señaladas como principales obstáculos son el tiempo de espera para la consulta y el destrato por parte de los profesionales y funcionarios de los servicios de salud. Esta situación produce encuentros y desencuentros entre la población usuaria adolescente y los servicios de salud, configurando diferentes grados de vulneración de sus derechos como usuarios.

En cuanto a las necesidades sentidas y de atención (Bradshaw, 1972) de los adolescentes entrevistados se identifica que tanto los servicios de salud como los profesionales no dan un lugar protagónico a estas para diagramar la atención. Son las necesidades normativas las que son directrices de la atención adolescente. La mirada técnica y adultocéntrica de los profesionales no logra tomar contacto con la representaciones sociales (RS) de la atención de los adolescentes. Para estos, no hay un espacio de atención específico para su rango etario.

Es escaso el conocimiento sobre sus derechos como usuarios de un servicio de salud y casi nula la participación de los mismos. La propuesta de los adolescentes sobre la atención a su salud coincide con los lineamientos establecidos por el Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud (PNSAJ) del Ministerio de Salud Pública (MSP), sin embargo, no los identifican como estructurantes de la atención brindada por parte de los servicios de salud o de los profesionales tratantes.

En las consideraciones finales se señala la importancia de la formación universitaria de grado como del pos grado de los profesionales provenientes del Área Salud y Social de la UdelaR. Es necesario fortalecer la formación teórica interdisciplinar en cuanto al modelo de atención integral a la salud, el enfoque de derechos, los determinantes sociales de la salud, la accesibilidad, concepción de adolescencia/s desde el paradigma de la complejidad, entre otros. Asimismo la formación y capacitación continua de los equipos profesionales como de los funcionarios administrativos de los centros de salud es crucial para el cambio de modelo de atención integral.

### **3 - CONSTRUYENDO EL TEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **Los adolescentes y los servicios de salud. Conocimientos disponibles en la Región y en Uruguay**

Las políticas públicas destinadas a las poblaciones adolescentes o jóvenes en materia de salud son recientes tanto a nivel nacional como mundial (García, 2009 y Morlachetti, 2011). El desarrollo del modelo de servicios en salud para adolescentes y jóvenes tiene inicio en la década de los 90 en Estados Unidos. Dicha situación puede ser explicada en parte por el enfoque biomédico que caracterizó a los programas de salud destinados a la niñez entre las décadas de los 50 y 90 en los países de América. Este enfoque se encuentra centrado en la patología y la muerte. Durante este período los programas implementados se focalizaron en reducir la mortalidad infantil. La situación de salud básica del adolescente que ya había sobrevivido a los altos riesgos de la niñez mostraba baja probabilidad de contraer enfermedades, así como disminución del riesgo de mortalidad (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2014).

A fines de los 90 del siglo pasado e inicio del nuevo milenio en América Latina y el Caribe comienza a generarse propuestas para mejorar la atención a la salud adolescente y del joven desde una perspectiva integral. (Unicef Colombia, 2013)

“Modelo de Atención Integral en Salud MAIS del Perú; por el Programa Nacional de Salud Adolescente en Uruguay apoyado por UNFPA; por los Centros de Atención Integral a la Salud Adolescente CAISA en Ecuador; por el Programa Integral de Salud y Desarrollo Juvenil en Chile; por el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia PASA en México y las iniciativas gubernamentales del sector salud en EL Salvador y Honduras, entre otros.” (Unicef Colombia, 2013, pág 18)

Este cambio obedece a las inequidades y exclusión de los adolescentes de los servicios de salud, tanto de Latinoamérica como en el Caribe. Se señala que los mismos deben mejorar significativamente su calidad, así como el grado de accesibilidad y recursos humanos técnicos. (OPS y FPNU, 2000)

El Instituto Chileno de Medicina Reproductiva con apoyo de Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2005) indica que a partir de un análisis regional se identifica que los programas de salud destinados a esta franja etaria se suscriben al enfoque de riesgo. El fundamento se centra en que este período vital se adopta algunos hábitos y conductas a nivel sexual y reproductivos que pueden perjudicar la salud (ej. actividad sexual sin protección y embarazo adolescente). Por tal motivo, las acciones buscan prevenir enfermedades o promover la abstinencia sexual para que no comprometa la salud de los adolescentes.

El enfoque de la atención de los programas y de las políticas de salud han sido básicamente de tipo curativo. Su éxito se ha definido por la “ausencia de problemas” en vez del desarrollo saludable, la promoción de factores de protección o la resiliencia. Se los define como programas verticales, excluyendo los determinantes sociales de la salud, así como la nula participación de los adolescentes en el diseño y ejecución de los servicios, programas o políticas públicas de salud destinados a ellos. Por ende, las intervenciones no reflejan ni sus deseos ni sus preocupaciones. (OMS, 2015).

Por otra parte, el interés en diagramar acciones en salud para este grupo etario surgió cuando sus comportamientos perturbaban al mundo adulto. La imagen negativa que la sociedad posee del adolescente ha incidido también en este tardío interés como población objetivo de los programas de salud. Estos son otra expresión más de los mecanismos de control y represión social que se tiene con los más jóvenes de la sociedad, ya que se basan en el abordaje de conductas de riesgo y transgresión. (García, 2009; Krauskopf, 2010 y Pontificia Universidad Católica de Chile, 2014)

Diferentes investigadores plantean que los adolescentes no buscan los servicios de salud como apoyo de su crecimiento y desarrollo (Klein y otros, 1998; Ziv et al., 1999, citados por Dos Santos Palazzo, Umberto Béria y Tomas: 2003). Este fenómeno es percibido por los planificadores de los servicios de salud como un indicador de pocas necesidades de atención (Ministerio de Salud de Perú: 2007). Un estudio realizado en Brasil (Dos Santos Palazzo, Béria y Tomasi, 2003) concluye que los adolescentes utilizan los servicios con carácter curativo y no preventivo. Son los varones los que rara vez se asisten y lo hacen ante trastornos somáticos, a diferencia de las adolescentes mujeres que acuden ante cuestiones relacionadas a

su vida sexual y reproductiva. Es casi nula la utilización de los servicios ante aflicciones emocionales, problemas familiares, escolares y situaciones estresantes. La atención está configurada por el campo médico (medicina general y ginecología). Los autores plantean que su país cuenta con un Programa de Salud Adolescente del Ministerio de Salud desde el 2003, sin embargo son escasos los estudios sobre la utilización por parte de esta población de los servicios de atención primaria en Brasil.

Lucero (2013) en su tesis sobre *“Representaciones sobre salud/ enfermedad/ atención construidas por adolescentes de la ciudad de Córdoba, Argentina”* plantea que la construcción sobre el proceso salud enfermedad atención en los adolescentes cordobeses, tienen como sustento las experiencias con su familia y pares y no los servicios de salud. En tal sentido señala: “La apropiación e inclusión en nuevas concepciones y prácticas de nuevos saberes o de la información que proporciona la escuela, dependen de la permeabilidad y el apoyo de la familia.” (Lucero, 2012, pag. 91)

Los servicios de salud poseen una mirada adultocéntrica en la diagramación de la atención para esta población sin integrar la perspectiva de derechos.

En la misma línea que los anteriores estudios, Krauskopf (2010) plantea que el abordaje de atención en salud que se ha tenido en diferentes países de América Latina, es sectorial, lo que no promueve ni alianzas estratégicas que amplíen los escenarios de las intervenciones ni la participación de los adolescentes y jóvenes en su proceso de salud. En tal sentido es importante para este tipo de programa estar enmarcados en las políticas y planes de Acción de Juventud.

Si bien la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han buscado el cambio de modelo de atención a la salud de los adolescentes y jóvenes desde una perspectiva integral en Latinoamérica y el Caribe, la propuesta sigue manteniendo como eje central la salud sexual y reproductiva de esta población. En esta última década han definido las directrices de la atención en el marco de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ), siendo materializada por diferentes Programas de Salud de diferentes países (UNICEF Colombia, 2013)

“el servicio amigable se constituye en un medio para satisfacer las necesidades de información, consejería y servicios clínicos en el área de salud sexual y reproductiva, especialmente en lo relativo a prevención del embarazo y de las ITS/VIH.” (Unicef Colombia, 2013, pág.25)

Se considera que al poner como prioritaria la salud sexual y reproductiva en la atención adolescente sesga las prácticas de salud para abordar otras problemáticas desde una perspectiva integral. Las principales causas de mortalidad adolescente a nivel mundial siguen siendo prevenibles o tratables según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que plantea que en el 2015 murieron 1,3 millones de adolescentes. Dentro de estas se destacan: siniestros de tránsito, el VIH, el suicidio, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal. Asimismo agrega que la mitad de los trastornos de salud se manifiestan en la adolescencia temprana pero los mismos en su mayoría no son adecuadamente detectados ni tratados.(OMS, 2015)

En cuanto a los antecedentes nacionales se señala que la crisis del 2002 en Uruguay dejó en evidencia como el contexto socio-histórico, político y financiero, así como la organización del sistema de salud, inciden en la accesibilidad a la atención de la salud de la población. El proyecto de investigación *“Aproximación al estudio de la accesibilidad a la atención psicológica en la infancia en la zona de Malvín Norte”* (Arias, Ramos y Suárez, 2004 – 2008) tuvo como objetivo principal analizar la accesibilidad a los servicios de atención psicológica destinados a la infancia y adolescencia en una zona de Montevideo (Malvín Norte). El estudio identificó un vacío en la producción de conocimiento a nivel nacional. Las carencias en la formación de recursos humanos repercute en diferentes aspectos de la atención en el primer nivel: dificultades para el desarrollo de la interdisciplina, incidencia de la dimensión organizacional como barrera para la accesibilidad de la atención, inexistencia de servicios de atención integral para estas franjas etarias, etc. Los dispositivos de atención desarrollados reflejan el predominio del Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 1985) el que prioriza la consulta individual y el enfoque clínico; existiendo una subordinación del psicólogo al médico y los usuarios como sujetos pasivos (Rudolf y otros, 2009).

Amorín y Güida (2008) aluden al carácter particular de las políticas de salud ya que no afectan de igual manera a mujeres y a hombres, generándose desigualdad

en los servicios. A lo largo del tiempo los parámetros androcéntricos de las distintas culturas han financiado a mayor costo sus servicios a las mujeres, dada su condición reproductiva y no por su capacidad económica. Asimismo la investigación realizada por Benedet y Ramos (2009) revela que los servicios de salud están destinados a adolescentes están organizados por un modelo asistencialista curativo, que prioriza las problemáticas relacionadas a la función reproductiva de las mujeres y que las ubica en su rol de madre; situación que genera malestares en ellas. En la misma línea que las anteriores investigaciones, Arias y Suárez (2016) señalan que el trabajo con adolescentes en el primer nivel de atención es configurado por los intereses personales de los profesionales y por sus trayectos formativos basados en un enfoque de riesgo: prevención del embarazo adolescente y adicciones. La atención desarrollada es de tipo clínica y los derechos que se promueven básicamente es el de la privacidad (ingresar solo a la consulta) y el derecho al acceso a la información. Esta última, se encuentra restringida a los temas priorizados por el PNSAJ del MSP. El abordaje comunitario no se realiza por escasez de recursos humanos (RRHH). La atención a la salud brindada no tiene en cuenta las necesidades sentidas (Bradshaw, 1972) por esta población. Se identifica que no se promueve la participación de los adolescentes en la toma de decisiones sobre su salud, así como tampoco como usuarios del servicio. Se concluye que el ejercicio de ciudadanía se encuentra limitado al acceso a la atención, no existiendo un aporte real al ejercicio de derechos.

Los adolescentes y jóvenes uruguayos no escapan de las problemáticas de salud que poseen sus pares en otras partes del mundo como se aludió en párrafos anteriores.

... “La salud física y mental de adolescentes y jóvenes, se ve principalmente amenazada por causas externas. Efectivamente los y las jóvenes utilizan los servicios de salud en caso de enfermedad o de sentirse mal pero no hay una práctica instalada de controles preventivos o rutinarios en esta población. Tan sólo el 10% de las personas de 15 a 19 años y el 11,7% de mujeres y varones entre 20 y 24 años acuden a controles preventivos.” (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), 2011, p. 23)

La II Encuesta Mundial de Salud Adolescente, capítulo Uruguay (MSP, 2012) arroja información sobre el estado de salud de los adolescentes uruguayos y se considera un instrumento que permite adecuar los servicios de salud destinados a ellos. Según las autoridades del MSP, la encuesta permite identificar y dimensionar un conjunto de problemas que sería difícil conocer de otra manera, ya que se hallan dificultades para poder acceder a las opiniones de aquellos adolescentes que habitualmente no consultan en un servicio de salud. El escenario de aplicación fue los centros educativos de todo el país. Las áreas indagadas fueron: consumo de drogas, intentos de autoeliminación, embarazo adolescente, tabaquismo, hábitos alimenticios asociados a trastornos en esta área, vínculos con pares y adultos, sexualidad, utilización del tiempo de ocio, etc.

Se considera que si bien el informe señala que los adolescentes consultados tienen pocos hábitos saludables, los datos globales nos hablan de una población adolescente heterogénea la que se encontraría lejos de ajustarse a una clasificación de trastornos o síndromes.

Se coincide con Rossi (2015) cuando señala que las encuestas al ser realizadas con “población cautiva en centros educativos” no permite captar a población adolescente excluida; es decir, “aquellas voces más vulnerables las que quedan silenciadas en la mayoría de los análisis” (Rossi, 2015, pág 142)

Se entiende que la población consultada tiene vinculación con el sistema de salud, ya que el control de salud y de vigencia del carnet adolescente para la realización de actividades físicas y deportivas a nivel de la educación formal es un requisito sine qua non.

Del mismo modo, Rossi en su tesis sobre *“Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes en los servicios públicos de salud del primer nivel en Montevideo” (2014)* plantea que los adolescentes entrevistados poseen “una escasa apropiación y conocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos así como el lugar poco jerarquizado que ocupan los servicios de salud en términos de sus capacidades para dar respuesta a las demandas y necesidades de esta población en lo que refiere a sus derechos y salud sexual y reproductiva”. (pág. 2)

Este breve recorrido permite identificar que a pesar de que existan marcos conceptuales estratégicos que integran el enfoque de derechos para la promoción

de la salud integral de los adolescentes (Krauskopf, 2010), siguen persistiendo en la actualidad dificultades para poder incorporarlo, así como para inscribir a este sector de la población como actor protagónico y válido en la diagramación de la atención a su salud. Las propuestas para la atención de la salud adolescente siguen manteniendo la ilusión de homogeneidad de la población. Las mismas son desarrolladas desde una concepción asistencialista – individual y adultocéntrica. Estas son otra expresión más de los mecanismos de control y represión social que se tiene con los más jóvenes sociedad uruguaya, ya que se basan en el abordaje de conductas de riesgo y transgresión. El lugar de los adolescentes es de meros receptores de la atención en salud. Son escasas las propuestas donde se realice énfasis en la promoción y prevención de salud, la participación, así como el trabajo en la comunidad. Asimismo los estudios referenciados identifican como un punto álgido de esta situación, la formación profesional para trabajar desde un enfoque que no sea el de riesgo. Sin lugar a dudas que la tardía llegada de esta franja etaria como sujetos de las políticas públicas - y especialmente las políticas en salud- junto a la introducción de la perspectiva de derechos en la atención, tienen su incidencia en las propuestas de abordaje de la salud predominantemente sectorial. Hay un desconocimiento de las diferentes realidades y necesidades de los adolescentes. Es posible que una parte de esta población no se sienta reflejada en las propuestas implementadas. Se identifican dificultades para ampliar los escenarios de las intervenciones, así como espacios donde éstos puedan expresar sus capacidades y fortalecer sus habilidades. Por todo lo expresado, es ineludible producir conocimiento sobre las concepciones y la mirada de los adolescentes a su atención en salud desde un enfoque de derechos para lograr cambios en la atención.

## **4 - LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS Y EN EL MARCO DE LA CREACIÓN DEL SNIS**

La Convención Internacional de Derechos del Niño (CDN) (1989), la que Uruguay ratió el 28 de septiembre de 1990 a través de la ley 16.137, define a los derechos como indivisibles e interrelacionados. Desde su ratificación se han producido movimientos a nivel político, social e institucional para integrar una nueva mirada de la infancia y adolescencia, reconociendo el ejercicio por parte de los adolescentes de sus derechos (UNICEF URUGUAY, 2010).

Bustelo (2007) señala que los derechos definidos en esta tienen que ser considerados derechos sociales porque corresponden al ámbito de lo público y a una categoría social. Según el autor dicho instrumento jurídico propone una reformulación del vínculo adultos – niños/adolescentes, ya que busca que la relación tienda a equilibrarse. En este sentido se puede plantear que la CDN propone un cambio de paradigma, reconociendo que los niños y adolescentes son sujetos de derecho por el solo hecho de su condición de ser personas, no dependiendo de alguna situación particular, aplicándose a todos por igual. Son titulares de derechos y deberes específicos; habilitando una verdadera participación en todos los asuntos que le afecten, considerando la evolución de sus capacidades y su autonomía progresiva. (Bustelo, 2007)

La integración de instrumentos jurídicos internacionales como la CDN (1989) en el campo de la salud y especialmente para la población adolescente, permitió garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud y el mayor nivel de salud posible. (UNICEF, 2006). Estos son considerados un factor decisivo para el desarrollo emancipador de las personas y de las sociedades. En los artículos 24 y 25 de la CDN se reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a los servicios sanitarios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Es fundamental que se diagramen servicios de salud especial-

mente para ellos, que puedan responder a sus necesidades y que acepten su participación.

Como señala el informe de Río+20 (OMS, 2011) es necesario que se desarrollen las políticas en salud y los programas de atención con un enfoque que integre la equidad. En el entendido, que el goce del derecho a la salud requiere empoderar a las personas para que puedan ser protagonistas de cambios legales y políticos, generando sinergias positivas en el desarrollo humano y en la construcción de ciudadanía. (OMS, 2011) Por ende, es clave la capacitación de los profesionales de la salud para que puedan responder con sensibilidad y sin prejuicios a sus preocupaciones. El derecho a la participación también se aplica en el campo de la salud y al desarrollo integral. (UNICEF, 2006). En tal sentido, el principio de autonomía progresiva en la adolescencia es clave, ya que permite la asunción de libertades y toma de decisiones acorde a su madurez y evolución de sus facultades.

Acevedo (2003) señala que el ejercicio de ciudadanía está condicionado por los sectores sociales de pertenencia. El autor señala que es necesario un proceso de preparación para que se construya su ejercicio efectivo. Se requiere de espacios que otorguen la oportunidad de constituirse en sujetos de derechos y responsabilidades en lo cotidiano.

El aprendizaje de como ser ciudadano requiere superar el nivel de información sobre derechos y participar. El sistema de salud no puede quedar exento de contribuir a la emancipación de los adolescentes.

El enfoque de desarrollo humano se define como un proceso mediante el cual se procura que las personas posean mayores oportunidades para un nivel de vida digno y hacer uso de diferentes servicios, bienes y opciones a través de la evolución de las capacidades humanas. Se busca generar las bases de “un ambiente propicio para que las personas, tanto individual como colectivamente, puedan desarrollar todos sus potenciales y contar con una oportunidad razonable de llevar una vida productiva y creativa conforme a sus necesidades e intereses.” (PNUD, 2000, p.19)

En comparación con otras poblaciones (niños y adultos mayores) los adolescentes sufren de pocos trastornos que amenacen su vida. Sin embargo la adopción de algunos hábitos y conductas de riesgo caracterizan a este período vital (tabaquismo,

consumo de drogas, actividad sexual sin protección, embarazo adolescente, etc.) (OMS, 2015).

La principal causa de muerte de los adolescentes y jóvenes uruguayos entre 15 y 29 años es por causas externas (siniestros de tránsito, los suicidios y otras muertes violentas) (MIDES, 2013; UNASEV, 2013)

Los cambios que se producen en este período de vida a nivel afectivo, cognitivo y biológico inciden directamente en la asunción de conductas de riesgo. Investigaciones neurobiológicas sostienen que el desarrollo del cerebro se extiende hasta 18 años. Las zonas del lóbulo frontal que son las encargadas de las funciones de ejecución (planear, razonar e integrar información para realizar determinada acción) están en pleno proceso de maduración. La toma de decisiones responsablemente, la capacidad de manejar todas las variables de una situación, evaluación de las consecuencias y el control de la impulsividad puede verse afectadas. (Sowell et al, 1999). En tal sentido, la potencialidad de que se produzca un riesgo o un daño se encuentra presente. Sus efectos y costos amenazan su vida inmediata, su calidad de vida presente y futura. Estos factores son los que definen a esta etapa de la vida como una etapa vulnerable (Burt, 1996 y Donas Burak, 1999). Los adolescentes se enfrentan a realidades muy diversas produciendo distintas vivencias, creencias, expectativas y necesidades. Sus opiniones y contribuciones como representantes de los diferentes grupos son cruciales para los servicios de salud (UNICEF, 2006). La formación, la información y las oportunidades que reciban para el autocuidado por parte de los servicios de salud, así como por otras instituciones son claves para su desarrollo integral. (Ministerio de Salud de Perú, 2007)

En el año 2005 el gobierno de Uruguay impulsa una política de reforma del Sistema Nacional de Salud, la que entra en vigencia el 1º de enero de 2007 con la creación del SNIS. En esta propuesta se busca la integración de los instrumentos jurídicos internacionales que aportan al cambio de paradigma de la atención integral. (González y Olesker, 2009). La forma de abordaje es la interdisciplina y ya no una disciplina como la medicina. Es un modelo orientado por la estrategia de atención primaria en salud (APS) con énfasis en el primer nivel y al acceso universal de las personas. El derecho a la salud se encuentra en el centro de las prestaciones donde el sistema de salud contribuye al ejercicio del mismo y a la calidad de vida de las personas. (Saforcada y otros, 2010). Esta reforma busca un

fortalecimiento del MSP como organismo rector de las políticas sociales en salud desde la intersectorialidad. Dentro de los ejes centrales del cambio de modelo de atención y de su concepción de salud en lo que respecta a la atención de los adolescentes se incluyen:

- ✓ La profundización en el enfoque de derechos de los usuarios.
- ✓ La capacitación y formación de recursos humanos para poder integrar en sus prácticas la nueva propuesta de modelo de atención en salud en la que se propone privilegiar la atención primaria en salud, la perspectiva integral de la misma y el trabajo de equipo (Uruguay, Poder Legislativo, Ley N° 18.211, 2008)

Se señala que en Uruguay hasta el 2005 las políticas en salud no tenían como prioridad la salud de los adolescentes, siendo la población de 13 a 17 años la más desprotegida (ENIA, 2008). El PNSA entra en vigencia en el 2007, pasándose a denominar en el 2010 como PNSAJ. Con el cambio de modelo propuesto por el SNIS se pretende mirar esta franja etaria desde una nueva perspectiva donde las necesidades se transformen en derechos (UNICEF Uruguay e IDISU, 2012). El mismo define enfoques transversales y dentro de este se desarrolla el enfoque de derechos. Se integra aquellos derechos específicos en relación con la salud de los adolescentes teniendo como marco la CDN y el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) de Uruguay (2004). Tanto el PNSA y el PNSAJ definen como espacio de atención a la salud integral privilegiado para los adolescentes y jóvenes el Espacio de Salud Adolescente (ESA), sin rechazar otras opciones de atención que puedan brindarse desde los diferentes servicios de salud. La propuesta de los ESA en Uruguay proviene del Programa Infamilia del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) como un dispositivo de intervención para la prevención del embarazo adolescente y como una contribución al cambio de modelo de atención en salud (Infamilia- MIDES, 2006). Se lo plantea como un espacio de atención y de promoción de la salud integral. El mismo se encuentra transversalizado por los Programa del MSP afines y con un enclave de articulación intersectorial. Se busca que el dispositivo permita la participación adolescente y la referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención a la salud. El PNSAJ lo integra a sus lineamientos como una modalidad de intervención que permite el desarrollo de una atención de calidad y de garantía del derecho al acceso a los servicios de atención. Los ESA se ubican en el primer nivel de atención en salud, ya sea en el

centro de salud propiamente o en un local comunitario. El Programa define que el espacio debe contar con infraestructura adecuada para la atención de los adolescentes/jóvenes y en un horario diferencial que garantice la privacidad. La atención la brindará un equipo interdisciplinario preferentemente con experiencia en el trabajo con esta población. Entre los integrantes del mismo se debe contemplar el área biológica, psico-social y administrativa. (Hortonedá, 2015)

El PNSA (2009) establece el perfil de los profesionales para la atención de este grupo etario: deseo de trabajar con adolescentes; despliegue de empatía; contribuir a la construcción de los proyectos de vida adolescentes; tener experiencia de trabajo con esta población en el primer nivel de atención o en su defecto, estar comprometido/a a adquirir formación; interés por conocer la comunidad donde desarrollará la labor el equipo.

La *Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2013* (ENAJ) (2015) realizada por el Instituto Nacional de Juventudes del Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay (MIDES - INJU) junto a otros organismos del Estado<sup>1</sup> toma como una dimensión del análisis la atención a la salud. Los datos que arroja da elementos para poder pensar en el bajo impacto que continúa teniendo la atención a la salud desde el enfoque de derechos y de género en los adolescentes. La encuesta toma a las consultas médicas, las ginecológicas, odontológicas y las vinculadas a la salud mental para dar cuenta sobre la opinión de los adolescentes y jóvenes en este aspecto de su vida. Se señala que el 85,4% de los encuestados han realizado por lo menos una consulta médica en el último año. Se identifica que las adolescentes mujeres consultan más que los adolescentes varones. Este aspecto no varía con la edad, ni por la condición socio económica o por el lugar de residencia. El 90% de los encuestados que no realizaron consultas médicas expresan que su motivo principal ha sido el considerar innecesaria la consulta a un servicio de salud. El 18,3% de estos adolescentes y jóvenes expresaron haber tenido al menos una consulta sobre temas sexuales. El porcentaje de adolescentes mujeres que han consultado es del 28,5%, a diferencia de los adolescentes varones que el porcentaje ha sido del 8,3%. Esta tendencia es tanto en Montevideo como en el resto del país. Es en el tramo de 15 a 24 años que se

---

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto Nacional de Evaluación Educativa (INEED) y el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (UdelAR)

identifica el mayor porcentaje de este tipo de consultas ( 21%). El 76,1% ha realizado una consulta ginecológica en algún momento de su vida. Es de señalar que la variable socio económica incide en esta situación, ya que el porcentaje es mayor en los adolescentes que proceden de hogares con mayores ingresos. En lo que refiere a la consulta odontológica el 71,6% de los encuestados afirman haber hecho una consulta por su salud bucal en el último año. La incidencia de la variable género se vuelve a manifestar. El porcentaje de atención es mayor para las adolescentes de mujeres en relación al de los adolescentes varones: 75,0% y 68,2%. En cuanto a la salud mental, se observa que el 14,9% de los adolescentes y jóvenes uruguayos ha realizado en el último año una consulta en un servicio especializado o a un profesional de la salud mental. El mayor número de consultas se centraliza en los adolescentes tempranos y va disminuyendo a medida que la edad avanza. Son las adolescentes mujeres las que acceden mayormente. Cabe señalar la incidencia del nivel socio económico en el acceso a este tipo de consulta. El 28,3% de adolescentes que se ubican en el quinto quintil realizan consultas en salud mental, a diferencia de los adolescentes del primer quintil que solo accede el 15,9%. La ENAJ no indaga sobre la consulta a los ESA en el primer nivel, así como tampoco sobre la participación en los servicios de salud como lo indaga en otros ámbitos. Asimismo permite inferir como los investigadores, representantes del Estado, poseen una mirada biomédica de la atención, ya que el instrumento releva la consulta a servicios especializados o a consulta médicas. Esta mirada denota la reducción del campo de la salud al campo médico que aún persiste en el Estado.

Las diferentes fuentes seleccionadas remiten a la importancia de la inclusión de los adolescentes en los servicios de salud desde una perspectiva en clave de derechos. Su voz tiene que ser escuchada, integrada para orientar las prácticas de salud.

“Es fundamental, entonces, 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, p. 26)

A pesar de los avances que se han generado en materia de salud tanto a nivel internacional como en Uruguay a partir de la reforma del sistema de salud (2005) se puede constatar que para un porcentaje de los adolescentes los servicios de salud no son un sistema de referencia para su desarrollo y crecimiento. Las fuentes dejan entrever que un número relativamente pequeño utiliza los servicios de salud, ya que siguen siendo desarrollados desde una concepción curativa y patologizante dando respuesta a los comportamientos de riesgo y transgresión.

Los servicios de salud no logran reflejar las diferentes necesidades de estos y continúan diagramando su atención sin integrar los determinantes sociales de la salud, ni sus puntos de vista, ni la heterogeneidad que los caracteriza. La condición socio económica, el nivel cultural, la procedencia, así como la variable étnico – racial y el género son productoras de diferentes realidades (Varela, Pardo, Lara y Tenenbaum, 2014). Por ende, sus vivencias, creencias, expectativas y necesidades sentidas (Bradshaw, 1972) son distintas. La exclusión de la diversidad genera que la percepción por parte los servicios de salud sea distorsionada, de mayor precariedad y patologización de la situación de salud de los adolescentes. En tal sentido, cobra relevancia producir conocimientos sobre la mirada adolescente a los servicios de salud para poder identificar las fortalezas y debilidades sobre las políticas de salud propuestas, así como contribuir a los procesos de equidad y de inclusión.

## 5 - CONSIDERACIONES TEÓRICAS

El problema de investigación construido requiere del desarrollo de diferentes referencias teóricas las que producen un mapa conceptual complejo para la comprensión del mismo. El articulado que se desarrolla a continuación, proviene predominantemente del campo de la salud (Salud Pública, Psicología de la Salud, Psicología Sanitaria, Psicología Social y Psicología Evolutiva), del Psicoanálisis, Sociología, Antropología y el Enfoque Derechos Humanos. Esta selección busca comprender la singularidad del momento evolutivo de la población seleccionada, el lugar del adolescente en la sociedad uruguaya, el proceso de atención a la salud adolescente contextualizado en el sector salud, la salud como un derecho humano y la significación de la experiencia subjetiva que el adolescente puede vivenciar como usuario.

### 5.1 - Adolescencias

Barrán (1993) plantea que la adolescencia es una construcción cultural e histórica que adquiere, según el contexto delimitaciones diferentes. En la misma línea, Klein (2004) y Ramos Brum (2015) señalan como la ciencia ha producido conocimiento sobre las características de diferentes períodos vitales y sus manifestaciones bio – psico- sociales brindándoles distintos significados. Se cuestiona el carácter universal de las mismas, dejando en evidencia su construcción sociocultural e histórica. La adolescencia es una categoría social y conceptual contemporánea, ya que surge a finales del siglo XIX. (Bourdieu,1998, Barrán, 1993, Viñar, 2009, Ramos Brum, 2015)

“Como producto de la modernidad y de la sociedad occidental, la adolescencia se particularizará como forma de cubrir las nuevas necesidades sociales. Las mismas estuvieron directamente relacionadas con las relaciones de género y de clase social. Para la cultura de la época era necesario contar con un grupo poblacional al que se prepara para cumplir con los roles adultos de ese momento socio histórico.” (Ramos Brum, 2015, pág. 15)

La construcción clásica de la adolescencia la define como una etapa de la vida de las personas en donde se dan diferentes cambios a nivel físico, cognitivo, afectivo y social. Lo importante de esta etapa no es lo que se transita sino lo que se alcanza. Klein (2004) cuestiona la adjudicación lineal que atribuye el mundo académico a la adolescencia con el sufrimiento. Este último no es una característica singular de este grupo etario sino que es parte de la vida de los sujetos y de toda etapa evolutiva. En tal sentido, es una concepción que lleva a una comprensión de la adolescencia patologizante. Hay una tendencia de pensar a la adolescencia desde dos puntos de vista: 1) desde aquellos aspectos que no se sostienen y se “derrumban” del pasaje de la niñez a la adolescencia y 2) desde “lo nuevo” y del cambio.

Simini, Franco, Pasqualini y Lammers (2000) identifican como logros de esta etapa la autonomía emocional de las figuras parentales, 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. En este proceso de crecimiento, es esperable que el adolescente tenga la necesidad de ensayar múltiples roles, que puede ser conflictivos pero necesario para la construcción de su identidad. Mellillo (2011) afirma que esta se produce a partir de la diferenciación y oposición a la alteridad. “La apertura hacia el mundo externo conlleva una reorganización y resignificación del sí mismo y de su entorno” (Mellillo, 2011, p. 67-68).

Desde una concepción de adolescencia positiva se destaca que durante este período se adquieren capacidades y habilidades significativas que son claves para la transformación y el cambio social. Por ende, se las consideran valiosas y 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, etc. Del mismo modo, la socialización es significativa.

Los adolescentes adoptarán 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. (Mettifogo y Sepúlveda; 2004).

El proceso de socialización se encuentra a cargo de instituciones (políticas, sociales y jurídicas) que el Estado ha conformado con este fin. Estas aseguran la construcción de ciudadanos provistos de virtudes cívicas y productivas en concordancia al mismo. Las instituciones se sustentan en principios filosóficos y teorías provenientes de las ciencias naturales y sociales que sostienen el moldeo y el control social. (Pilotti, 2001)

Por otra parte, Bourdieu (1998) toma a la adolescencia como una delimitación arbitraria, que implica juegos de poder. La misma se construye socialmente, de la lucha de poderes entre adultos – jóvenes.

Viñar (2009) propone pensar a la adolescencia como realidades cambiantes e imprevisibles. Es un objeto de reflexión que al pensarlo se construye. Para ello, alude a la noción de adolescencia en plural. Sostiene que dicha noción es un terreno donde la existencia es la diversidad, la complejidad y la heterogeneidad. Su estudio debe ser en búsqueda de “lo inédito”. Este proceso es singular dependiendo del momento histórico y el lugar donde habita cada adolescente.

Amórin, Carril y Varela (2006) proponen –siguiendo a Quiroga- que las adolescencias son un conjunto de psico-socio-dinamismos de elevada complejidad, las que se deberá tener en cuenta la incidencia de una multiplicidad de factores en el contexto de la posmodernidad a saber: traslapes generacionales, conductas de riesgo, impacto de los mass media, construcciones socio – culturales sobre sexualidad, género, rituales de iniciación, etc.

“Al pensar en los y las adolescentes uruguayas de hoy, se pueden identificar algunas características: nacieron en democracia, crecieron con la globalización, la posmodernidad, la revolución científica tecnológica, la era de la informática y las nuevas tecnologías, las crisis económicas y de las funciones protectoras del Estado – nación y sus instituciones, los fuertes cambios en las familias y la subjetividad, ejercen su sexualidad en la era del uso del condón, los anticonceptivos y el VIH-SIDA. (...) ocupan en nuestra sociedad un lugar de menor poder que las personas adultas. (...) al interior del colectivo adolescente existe

gran inequidad respecto a las posibilidades de ejercer los derechos humanos (...)" (Ramos Brum, 2015, pág. 19)

## **5.2 - Paradigmas de la atención a la salud**

La noción de paradigma clásico (Kuhn, 1971) remite a la comprensión de este concepto como "una serie de supuestos aceptados y compartidos por la comunidad científica, en un determinado momento histórico, que definen un modo particular de aprehender la "realidad" y entonces, orientan el desarrollo de la ciencia en ese período" (De Lellis y Mozobancyk, 2013, pág 11)

Saforcada (1999) propone dos paradigmas que sostienen los modelos de atención en salud: el paradigma individual – restrictivo y el paradigma social – expansivo. El primero es producto del positivismo y del pensamiento biomédico. El modo de comprender a la salud, a la enfermedad y a la atención es reduccionista; planteando las causas de los mismos en términos biológicos y simples. Tiene como sustento el pensamiento cartesiano que disocia mente – cuerpo (Descartes, 1641). Para este paradigma el ser humano es ahistórico. La comprensión del mundo es en términos de inmutable y predecible. No tiene en cuenta otras variables como la socio – ecológica, cultural o psicológica. El modo de abordaje es individual y clínico. La praxis profesional busca restituir y reparar a la salud perdida. De esta manera se configura un modelo de atención pragmático, reduccionista, individual – asistencialista, el que subordina los determinantes sociales de la salud a la dimensión biológica. Menéndez (1985) lo denominará como MMH.

"Desde el modelo biomédico, el cuerpo humano es considerado como una máquina, que puede estudiarse en función de sus partes aisladas entre sí, y repararse, cuando se daña, reemplazando sus "piezas" averiadas, dado que la enfermedad se entiende como el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos." (De Lellis y Mozobancyk, 2013, pág 32)

El segundo paradigma, el social expansivo, se sustenta en la noción de complejidad. De Lellis y Mozobancyk (2013) retoman las contribuciones del filósofo Morín (1984) para profundizar en dicha noción: "una la epistemología de la complejidad como un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. (...)

Entiende la causalidad como compleja: esto implica concebir una causalidad circular múltiple (inter – retroacciones, interferencias, sinergias, etc.) que vincula distintos elementos y niveles del sistema. (2013, pág 20)

El paradigma social – expansivo tiene una visión integral, compleja y ampliada de la salud, de la enfermedad y de la atención. Entendiendo a estos como procesos, a los que se consideran en términos dinámicos, de tramas causales, lo que requiere de los aportes de la interdisciplina para su abordaje y explicación. Integra como categoría de análisis la diversidad cultural y la historicidad. El sujeto es comprendido en su contexto y holísticamente. Hay una interdependencia entre los elementos que producen cambios y modificaciones entre sí. Para este paradigma el ser humano es un ser bio-psico-sociocultural. Se define a la salud como el mayor estado de bienestar físico, psíquico y social posible en función al contexto psico-sociocultural y económico-político. Se reconoce el derecho a la auto determinación de las comunidades y la contribución del sector salud al bien colectivo para que las personas puedan ejercer sus derechos y logren mayores grados de bienestar y calidad de vida. (Saforcada, 1999).

### **5.3 - Modelo de Atención Integral a la Salud**

Como refiere Rudolf (2013) un modelo de atención en salud responde a una sociedad y a su cultura. Es “un constructo teórico que oficia como base para un sistema organizado de prácticas relativas al proceso de salud – enfermedad – atención, que en esencia son prácticas sociales: prácticas en salud, formas de asistencia, formación de profesionales, etc. Implica aspectos tan generales como la concepción del ser humano y sus derechos y aspectos más específicos como los modelos explicativos de los procesos salud – enfermedad – atención, la participación de los sujetos, la ética profesional, las prácticas de cura, los estilos de vida ..., y sustenta decisiones sobre las personas y los colectivos que tienen que ver con el funcionamiento del sistema así como con otros aspectos de la vida en sociedad.” (2013, pág. 47)

El modelo de atención integral a la salud, es el que responde al paradigma social – expansivo (Saforcada, 1999). El mismo tiene una comprensión del proceso salud-enfermedad – atención como un fenómeno complejo, estrechamente relacionado

con la subjetividad y las circunstancias vitales de las personas. En tal sentido, requiere de los aportes interdisciplinarios. (Fernández, Ciuffolini, Jure y Didoni, 2014)

Es un modelo que se encuentra basado en valores como la equidad, la accesibilidad y el derecho a la salud. Asume un compromiso ético “que implica alcanzar el máximo nivel de calidad en nuestras acciones, con una activa participación de los ciudadanos como factor de transparencia y democratización en todas las etapas del proceso ...” (Fernández, Ciuffolini, Jure y Didoni, 2014, pág. 22)

Es un modelo orientado a la atención primaria de la salud (APS), donde el escenario principal será el primer nivel de atención, ya que es el nivel más próximo al lugar donde se desarrolla la vida de las personas; siendo la puerta de entrada al sistema de salud. Se utilizan tecnologías simples y los recursos profesionales formados y capacitados para poder resolver más del 80% de los problemas de salud de la población. (OPS, 2011)

Los profesionales de la salud privilegiarán las acciones de protección social de la salud. Dicho modelo se basa en la promoción de la salud, en la prevención, calidad y dignidad del cuidado continuo. La atención está dirigida tanto al individuo, la familia y la comunidad, buscando fortalecer sus capacidades.

“el derecho a la salud se expresa en la disminución de las oportunidades de necesitar al sistema de salud. Si la estrategia de APS funciona, hay un gran porcentaje de enfermedad/sufrimiento evitable que no llegaría al sistema. Para esto se necesita la articulación de políticas (sociales, de vivienda, trabajo, educación), la articulación de conocimientos (acerca de hábitos saludables, medio ambiente saludable) científicamente fundados y de saberes populares, que son los que permiten respetar las diferencias culturales, la diversidad social, étnica, de género, etc.” (Rudolf, 2013, pág 56)

## **5.4 - Enfoque de derechos en la atención de la salud de los adolescentes**

El enfoque de derechos en la atención permite garantizar el derecho a la salud según lo establecido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y por otros instrumentos de defensa de los mismos. La atención a la salud es parte del derecho a la salud. El mismo contribuye al desarrollo de las capacidades de los “titulares de derechos y deberes” con el fin de que las personas puedan reclamar derechos y cumplir con sus obligaciones en el campo de la salud. Del mismo modo permite propiciar avances y analizar las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder que se producen en este campo. (PNUD, 2000)

Como bien señala Cirello (1994) frente a las necesidades de los niños y adolescentes un Estado tiene dos caminos: asistirlos o transformarlos en derechos. En el primer caso se considera a esta población como receptor o beneficiarios, objeto de asistencia y protección. En el segundo caso se les reconoce como sujeto de derechos garantizando la participación y la equidad en el ejercicio de sus derechos.

El Estado debe asegurar un desarrollo pleno del ser humano, generar condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de salud a todos los habitantes del país. (Czeresnia & Machado de Freitas, 2006).

El desarrollo humano no puede ir dissociado de los derechos humanos. Mientras el primero definiría los efectos buscados, los segundos proponen la forma de conseguir dichos efectos. De esta manera, se logra que se genere un compromiso en torno a ellos. Es preciso considerar que el derecho al más alto nivel posible de salud en este ámbito implica diversos aspectos en diferentes planos. El ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y el disfrute de las libertades fundamentales son requisitos necesarios para que las personas alcancen su plena realización como ciudadanas y ciudadanos. (Morlachetti, 2008)

Según Krauskopf (2010) el desarrollo humano se expresa en indicadores como el fomento del uso efectivo de capacidades y participación decisoria, niveles de educación, ingreso, ciudadanía y calidad de vida.

Desde un enfoque de derechos los profesionales de la salud tienen la obligación de integrar en sus intervenciones los puntos de vista de los niños y adolescentes . A medida que su capacidad de entendimiento, edad y madurez aumentan, mayor peso adquieren las mismas (principio de autonomía progresiva). Del mismo modo, los profesionales tienen que promover la integración de su opinión en sus respectivas familias, así como en otros ámbitos donde se desarrolla su cotidianeidad (ej. comunidad, centros educativos, centros juveniles, etc.), en los propios servicios de atención (centros de salud y hospitales) o a nivel de políticas públicas. Se promueve concebirlos como sujetos de derechos y no como un objeto sobre el cual se interviene o sobre el cual se habla sin referirse a él. El profesional tiene que generar la confianza necesaria para que los niños y adolescentes así como sus familias, puedan hablar de temas que les preocupen. Explicitar la confidencialidad del proceso de atención, pedir autorización para compartir aspectos privados e íntimos si el caso lo ameritara, para referirlos a otros profesionales con el fin de contribuir al bienestar y al cuidado de la salud de su paciente. Consecuente con estos lineamientos se debe proveer a éstos una atención de calidad y el respeto de sus derechos. Los servicios de salud deben brindar una atención de calidad en función de las necesidades y particularidades de sus usuarios. Es la institución la que debe adecuarse a las normativas propuestas por el Estado para efectivizar el derecho a la salud de las personas. Esto requiere de una atención a la salud adecuada por parte de los profesionales como de los funcionarios del servicio, así como de una infraestructura que propicie la accesibilidad y el ejercicio del derecho a la salud de sus usuarios (IDISU, 2012).

“Implica ofrecer intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de manera integrada y continua, orientando la atención a los aspectos físicos, nutricionales, psicosociales, de sexual y reproductiva (sic) y otros riesgos priorizados en esta población.” (Ministerio de Salud de Perú, 2007, p.18).

Desde una perspectiva integral, la atención a la salud de los adolescentes debe incorporar el carácter dinámico, multidimensional de las personas (bio psico social), el contexto de su familia y la comunidad en la que vive. El modelo de atención tiene que estar centrado en los aspectos sanos, en el desarrollo de sus derechos, capacidades, su propio bienestar y necesidades básicas de aprendizaje para el autocuidado de la salud. La información y el apoyo brindados por la red social son claves para la participación, la toma de decisiones respecto de la salud y la de los

demás. Los profesionales y los expertos deben propiciar intervenciones donde sea posible el empoderamiento y fortalecimiento de la autonomía de los adolescentes. Si bien el modelo procura el protagonismo de los adolescentes en su desarrollo humano no pierde de vista la incidencia de los factores culturales, contextuales y personales en este. (OPS, 2000)

“Es fundamental, entonces, 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, p. 26)

Adoptar el Modelo de “Atención Integral de Adolescentes” también requiere de involucrar a la familia y al soporte social existente para desarrollar propuestas de atención no solo en los servicios tradicionales de salud sino también en los ámbitos donde estos habitan, estudian, trabajan o se recrean, brindar una atención sustentada por un equipo de técnicos de distintas disciplinas construyendo procesos de interdisciplina e intersectorialidad, abordar las diferentes adolescencias y de sus necesidades. (MSP, 2009)

“Invertir en la salud de las y los adolescentes, no es solo detectar daños y curar las enfermedades que esta población tiene. Es desarrollar capacidades, promover el capital humano y social que hemos cuidado y protegido en la infancia y construir agentes de cambio cultural en salud”. (Ministerio de Salud de Perú, 2007, p. 11)

## **5.5 - Necesidades**

Las necesidades se las puede definir por “la relación entre problemas concretos y posibles respuestas o soluciones.” (Spicker, P., Alvarez Leguizamón, S. y Gordon, D, 2009, pág. 207)

Siguiendo los aportes de Bradshaw (1972), Spicker, P., Alvarez Leguizamón, S. y Gordon, D (2009), señalan que a las necesidades se las puede clasificar en cuatro tipos: normativas, comparativas, sentidas y expresadas.

Las necesidades normativas son las percibidas por un profesional o experto y se expresa a través del establecimiento de criterios (normas o estándares).

A las necesidades comparativas se las identifican a partir del estudio o investigación de las necesidades de la población. Se toma de referencia diferentes contextos poblaciones y sus problemas sociales, lo que hace determinar zonas, poblaciones, contextos, con mayores vulnerabilidades según las necesidades que se identifiquen.

Las necesidades sentidas son aquellas necesidades que las personas propone como carencias según su subjetividad. Son producidas e identificadas a través de su historia y su contexto.

Las necesidades expresadas son las necesidades que las personas plantean tener. Es de aludir que en esta categoría se puede incluir necesidades latentes, que son necesidades las personas tienen pero que no expresan.

Bedregal P. y otros (2002) señalan que en el campo de la salud se expresan dos tipos de necesidades: necesidades sentidas en salud y necesidades en atención de salud.

Las primeras son aquellas expresadas por las personas de forma racional, como una carencia, vinculadas a sus concepciones sobre salud, enfermedad y atención. Estas son posibles de satisfacer por un determinado satisfactor. Son sostenidas por representaciones culturales de la salud y la enfermedad y se expresan según la subjetividad de las personas.

Mientras que las necesidades son sinérgicas (interdependientes), los satisfactores se encuentran determinados por los contextos socioculturales y las estructuras económicas de una sociedad. (Vizcaya y Gásperi, 2013)

La necesidad de atención de salud se define como la capacidad de las personas de beneficiarse de las necesidades normativas. Es un concepto, utilizado en las políticas de salud y son necesidades que orientan a la toma de decisiones sobre el

proceso de salud – enfermedad - atención de las personas, ya sea a nivel de la clínica o a nivel de las políticas de salud pública.(Vizcaya y Gásperi, 2013)

Asimismo Gallardo Pérez, Pérez Piñero y Fariñas Reinoso (2002) plantean las necesidades de información en el ámbito de la salud. Estas permiten tomar decisiones en salud. La información – pertinente y de calidad - es una herramienta profesional para contribuir al autocuidado de las personas y su empoderamiento. En tal sentido puede ser expresada por las personas como una necesidad.

## **5.6 - Representaciones sociales**

La teoría de la representación social fue desarrollada por Moscovici (1979), el que lo define como un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas del ser humano que permiten comprender la realidad física y social que un colectivo posee, o de los intercambios relacionales cotidianos.

Las representaciones sociales (RS) son “un sistema de valores, de ideas y prácticas con una doble función: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los individuos de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.” (Farr, 1983, pág 655 citado por Mora, 2002, pág 7)

Asimismo se definen como una reconstrucción mental de la realidad generada en el intercambio de informaciones entre los sujetos. Son una forma de conocimiento de sentido común que caracteriza a una sociedad y se expresan en el lenguaje cotidiano propio de cada grupo social. (Banch, 2000)

Las RS permiten explicar como lo social transforma un conocimiento en representación colectiva y como la misma modifica lo social. Existe una interdependencia entre lo psicológico y las condiciones sociales. Estas tienen una carga de afectos, valores, y condiciones de naturalidad que son parte del universo simbólico popular (Mora, 2002).

Es de señalar que las RS poseen una lógica y lenguaje que le son propios. Son las que orientan a las personas en su mundo social, en la forma de posicionarse en él, así como la codificación de los objetos materiales o inmateriales, sosteniendo el intercambio y la comunicación entre los actores sociales (Farr, 1988).

“La noción de representación social se puede visualizar, comprender y analizar dentro de la realidad social concreta. Es amplia, integrada por formas más o menos complejas. Incluye imágenes que funcionan como sistemas de referencias que nos permiten interpretar los acontecimientos, darle sentido a los sucesos, categorizar las imágenes y los fenómenos que producen los individuos y construir teorías al respecto. Toda representación es siempre de algo (el objeto) y de alguien (el sujeto, la población o grupo social); de modo tal que no es posible estudiar a uno y desconocer al otro, son los extremos imaginarios de un binomio con los que debemos operar simultáneamente.” (Lucero, 2013, pág. 15)

Ibáñez (1988) plantea que “las representaciones son formas análogas a las teorías científicas. Son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar fenómenos de las realidades cotidianas, con suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse en ellas (...) parecen constituir unos mecanismos y unos fenómenos que son estrictamente indispensables para el desarrollo de la vida en sociedad.” (1988, pág. 55)

Álvarez (2006) sostiene que las RS de la salud y de la enfermedad se encuentran en la base de como los sujetos afrontan, experimentan y cuidan su salud y controlan la enfermedad. Del mismo modo que determinan su estilo de vida, sus comportamientos relacionados con la búsqueda de ayuda y a la adherencia al tratamiento.

“La representaciones sociales de la salud y enfermedad se exploran a partir de sus componentes estructurales, esto es, en las dimensiones de contenido: dimensión actitudinal (actitudes, valores, emociones), dimensión informativa (atribuciones, formas de control), y la dimensión de objetivación-inserción simbólica y social (estereotipos, estilos de vida, formas de cuidado).” (Álvarez, 2006, pág. 212)

## 6 - EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El recorrido realizado en los apartados que anteceden, deja en evidencia el escaso uso de los servicios de salud por parte de los adolescentes desde una perspectiva integral, ya que los servicios no se configuran para una atención con estas características. Estos continúan diagramando su atención sin integrar su/s punto/s de vista y la heterogeneidad que los caracteriza. La exclusión de la diversidad en la atención genera que la percepción por parte de los profesionales sea de mayor precariedad y patologización de la situación de salud de los adolescentes. Sus opiniones y contribuciones como representantes de los diferentes grupos y subculturas son cruciales. (Krauskopf, 2010; Setaro y Koolhaas, 2008)

En tal sentido, cobra relevancia la comprensión de las coincidencias y las divergencias entre el funcionamiento de los servicios de salud diagramados para esta población y las RS que tienen los adolescentes sobre estos. Asimismo es importante la identificación de los aspectos culturales que siguen sosteniendo un modelo de atención asistencialista para esta población. De esta manera se propone incluir la otra parte del binomio de esta relación, produciendo conocimientos sobre los modos de pensar y comprender los servicios de salud por parte de los adolescentes. Se persigue la integración de la mirada adolescente de los servicios de salud y sus necesidades sentidas y de atención en salud (Bradshaw, 1972). Del mismo modo, se busca identificar las fortalezas y debilidades sobre la política de salud propuesta para generar mayores grados de adecuación de los servicios a la atención adolescente con el fin de contribuir al proceso de inclusión, de participación y equidad a la salud.

### 6.1 - Preguntas a las que la investigación pretende dar respuesta:

Desde la perspectiva de los adolescentes:

¿Cuáles son las opiniones sobre los servicios de salud?

¿Cuál es el lugar que ocupa el servicio de salud en el cuidado de su salud?

¿Cuáles son las fortalezas y las debilidades de la política de salud propuesta para la atención de los adolescentes?

¿Dónde se identifican los puntos de encuentros y desencuentros entre los servicios y la población usuaria de estos servicios?

¿Cuáles son sus necesidades sentidas y de atención en salud? ¿Sienten que están cubiertas por los servicios? ¿Conocen sus derechos en salud?

## **7 - OBJETIVOS**

### **7.1 - Objetivo general:**

Producir conocimientos sobre las RS de adolescentes entre 12 y 18 años de ambos sexos acerca de la atención a la salud que los servicios de salud de Montevideo, Uruguay, diagraman para ellos a través de un estudio de caso de la población adolescente usuaria de un centro de salud de primer nivel.

### **7.2 - Objetivos específicos:**

1. Analizar y describir las RS de los adolescentes de 12 a 18 años sobre los servicios de salud que se diagraman para ellos.
2. Caracterizar las necesidades sentidas y de atención en salud por los adolescentes que concurren a un centro de salud de primer nivel en la atención a su salud.
3. Indagar el conocimiento que tienen los adolescentes sobre sus derechos en salud
4. -Explorar la percepción de los adolescentes sobre el tipo de atención que reciben y la forma que los servicios los incluyen en la diagramación de la atención a su salud.

## 8 - PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

### 8.1 - Metodología aplicada

En concordancia con los objetivos definidos se propuso un diseño metodológico que permitiera una exploración de un campo de estudio que ha sido escasamente estudiado. En tal sentido se seleccionó un marco metodológico cualitativo, el que permite una comprensión de los significados de los vínculos entre los individuos y las instituciones como escenarios posibles de la vida cotidiana. (Hernández y otros, 2010). La metodología cualitativa toma “las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1984, p.20).

Se buscó privilegiar los discursos para conocer las dimensiones simbólicas implicadas en el objeto de estudio propuesto. Del mismo modo que estudiar “la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales [...] que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas (Rodríguez et al., 1996, p.32).

Se seleccionó como método el Estudio de Caso. El objetivo fue recoger un material que permita explorar el objeto de estudio seleccionado en el mismo escenario en que se despliega. La búsqueda de informantes calificados es un elemento conceptualmente imprescindible y éticamente intrínseco de este tipo de investigación. (Martínez Salgado, 2012)

Se persigue la comprensión en profundidad de un fenómeno en su contexto para descubrir relaciones y significaciones relevantes y desde una perspectiva integral. Es de señalar que es un diseño muy utilizado por los profesionales de la salud para investigar diferentes fenómenos subjetivos e intersubjetivos asociados al proceso salud – enfermedad - atención en los escenarios que se desarrollan los mismos. (Urrea Medina, Núñez Carrasco, Retamal Valenzuela, y Jure Cares , 2014, Calderón, 2002)

El paradigma subyacente del diseño metodológico seleccionado es el paradigma epistemológico alternativo que valoriza aspectos de la realidad excluidos por el paradigma tradicional positivista (Castro, 2011 y Montero, 1996). En este paradigma se valoriza la complejidad, el movimiento, la experiencia, el significado, el contexto, etc. La realidad es concebida como dinámica en permanente cambio y construcción. (Castellá Sarriera, 2008)

Por ello, la producción de conocimiento en una investigación cualitativa es una creación compleja, reflexiva que representa las interpretaciones del mundo o del fenómeno analizado por el investigador (Weinstein & Weinstein, 1991). De ahí, el valor de los registros, del análisis, del papel del investigador en la generación de los resultados y en la producción interpretativa que el mismo propone. (Martínez Salgado, 2012)

“Porque generamos información sobre la experiencia en sí de los actores, sobre la visión del mundo que le es concomitante, y sobre el mundo de vida en el que está inserto: tres órdenes de realidad interconectados sobre los cuales puede generar nuevo conocimiento.” (Castro, 2011; pág. 99)

En tal sentido, es necesario la adopción por parte del investigador de una posición crítica, deductiva buscando elucidar y significar la subjetividad de los individuos en el mismo contexto. La producción de conocimiento cualitativa contribuye a la comprensión del fenómeno general a partir de lo particular. En otras palabras sería una generalización analítica para la comprensión del fenómeno estudiado. (Reyes y Hernández, 2008)

El investigador indaga hasta el momento en el que considere que puede realizar un aporte novedoso sobre el fenómeno que estudia. No se espera que su producción pueda agotar el conocimiento sobre el objeto que investiga pero sí que pueda plantear algo significativo y/o problematizador. Estudios posteriores permitirán el surgimiento de nuevos ángulos de interés para avanzar en el conocimiento del tema. (Martínez Salgado, 2012)

## 8.2 - Desarrollo del trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrolló entre octubre del 2015 y mayo del 2016 en el Centro de Salud Ciudad Vieja dependiente de la RAP – ASSE de la ciudad de Montevideo. La elección del centro estuvo supeditada al interés que el servicio de salud contaba con atención específica para adolescentes. Del mismo modo, el equipo del ESA acordó con el desarrollo del proyecto por considerar a la investigación de relevancia para que la producción de conocimiento permita ser un insumo en la mejora de la calidad de atención que ellos brindan. En el mes de setiembre del 2015 se presentó el proyecto de investigación al equipo de salud que integra el ESA y a la Dirección del Centro de Salud quien gestionaron el aval ante la RAP – ASSE. En octubre se inició la experiencia de campo. Cabe señalar que la investigación fue articulada con la enseñanza universitaria, tanto de grado como de pos grado en el año 2015. Se presentó una propuesta para estudiantes que estuvieran cursando el ciclo de graduación en los semestres finales (7to y 8vo) con el fin de contribuir a la formación de futuros profesionales en el trabajo con adolescentes desde una perspectiva integral y en investigación en salud. Asimismo se realizó un curso de formación permanente (CFP) para egresados cuya finalidad fue proporcionar conocimientos para el desarrollo de la investigación en el ámbito de la salud en servicios de salud adolescente. Los estudiantes participaron de las fases 0 y 1 del estudio (elaboración de los instrumentos, consentimiento y asentamiento informado para los adolescentes, primer contacto con el centro, así como en la validación del instrumento.<sup>2</sup> . Las posteriores fases de la investigación las desarrollé en conjunto con dos asistentes del CFP<sup>3</sup> y dos estudiantes que se integraron al proyecto con el aval del Coordinador del Programa Concepciones, Determinantes y Políticas de Salud del Instituto de Psicología de la Salud al que pertenezco y de la Dirección de la Licenciatura de la Facultad de Psicología.<sup>4</sup>

---

2Los estudiantes que participaron de la Fase 0 y 1 del estudio: Br. Alfonso, M.; Br. Beggeres, G; Br. Esquire; C, Br. Estevez; Br. Fernández, T; Br, Guido, G; Br. Langone, R; Br. Laviano, G; Br. Machado, V; Br. Mateus, A; Vázquez, F; Br. Vidal, J; Br. West, E

3Las egresadas que participaron del estudio en el marco del CFP fueron la Lic. en Psic. Centurión, M y Lic. en Psic. Vitale, M.

4 Los estudiantes que se integraron al proyecto fueron el Br. Guido, G y la Br. Estevez, G.

La investigación tuvo como participantes a adolescentes entre 12 a 18 años de edad de ambos sexos, que no fueran portadores de una discapacidad intelectual y/o psíquica, usuarios del ESA del Centro de Salud seleccionado. El número total de participantes fueron 31 adolescentes y el mismo se determinó por la saturación de la información que emergió del análisis de las entrevistas.

Del mismo modo, se integró a los profesionales miembros del equipo de ESA (médica pediatra, psicóloga, odontólogo, nutricionista, médica de familia y ginecóloga) y a la Dirección del Centro de Salud (Director) como informantes calificados con los que se mantuvieron entrevistas semi estructuradas. Del mismo modo, se realizó observación participante de las reuniones de equipo de atención durante el período que se desarrolló la investigación teniendo una pauta abierta de observación.

Para el relevamiento de la información se utilizó dispositivos electrónicos (grabadora de voz y cámara de fotos) para su almacenamiento, además de tomar notas, previa solicitud del consentimiento y asentimiento informado a los participantes. Para ello, se habilitó un espacio para la explicación de los objetivos de la investigación, la utilización de la información recabada, sus beneficios y los resultados que se esperaban. Se explicitó que el procesamiento del material recogido en la investigación se hacía bajo el marco de protección que otorgan las normas de confidencialidad vigentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo y en las normas nacionales (ley de Habeas Data N°18.331 y el Decreto N°379-008) que regulan la investigación con seres humanos. Del mismo modo se aclaró que el estudio no tenía sentido de lucro, que no existían pagos de incentivo para participar en este y que su fin era contribuir a la mejora de la atención de la salud de los adolescentes.

Respecto al consentimiento informado de los adolescentes se tuvo en cuenta el principio de autonomía progresiva. Se utilizó un lenguaje simple para que pudieran comprender el alcance y el sentido de la investigación. Se dejó en claro que podía preguntar libremente y pedir aclaración de todo lo relacionado con la participación en la investigación. Se confeccionó tres consentimientos informados: a) consentimiento informado para adolescentes de 12 a 15 años que firmaban los padres o tutores. A este se le integró un asentimiento informado que firmaba el adolescente. b) consentimiento informado para adolescentes de 16 a 17 años que

firmaban los padres/ tutores y el adolescente. c) consentimiento informado para adolescentes de 18 años (VER ANEXOS). Se abrió una casilla de correo específica de la investigación y se proporcionó el número de teléfono de Facultad de Psicología y el interno de la oficina del Programa Concepciones, Determinantes y Políticas en Salud por si tenían alguna consulta o inquietud posterior a la entrevista.<sup>5</sup>

Al finalizar la entrevista se proporcionó un material (folleto) con información sobre los derechos de usuarios de la salud que fue solicitado y proporcionado por el MSP.

Para la codificación y procesamiento de la información se utilizó el paquete informático SPSS que permitió codificar y sistematizar material cualitativo mediante la creación de categorías conceptuales, construidas a partir de las entrevistas realizadas. (VER ANEXOS)

La información recolectada fue protegida mediante el uso de códigos que sustituyen datos identificatorios de los participantes en las diferentes etapas del estudio: almacenamiento de los datos, análisis y desarrollo de los resultados.

Para el desarrollo de las entrevistas con adolescentes, el Equipo del ESA del Centro concedió su sala de reuniones para poder preservar la intimidad y confidencialidad de los participantes. En este mismo espacio se desarrollaron entrevistas y observaciones del equipo.

### **8.3 - Análisis de los resultados**

La presentación de los resultados está organizada en seis apartados teniendo como sustento las categorías analíticas que estructuraron tanto la codificación, la sistematización y el posterior análisis de la información recogida a través de los instrumentos utilizados.

Estos son:

- 8.3.1 Perfil de los adolescentes que participaron del estudio.

- 8.3.2 Opinión de los Adolescente Entrevistados sobre los Servicios de Salud.
- 8.3.3 Fortalezas y Debilidades de los Servicios de Salud según los Adolescentes Entrevistados. Puntos de Encuentro y Desencuentro entre los Servicios de Salud y la población usuaria.
- 8.3.4 Necesidades sentidas y de atención en salud según los usuarios adolescentes entrevistados.
- 8.3.5 Grado de conocimiento que tienen los adolescentes entrevistados sobre sus derechos en salud y la forma que los servicios los incluyen en la diagramación de la atención a su salud.
- 8.3.6 La atención a la salud de los Adolescentes en el primer nivel desde la mirada de los entrevistados

### **8.3.1 - Perfil de los adolescentes que participaron del estudio**

En cuanto a las entrevistas realizadas a adolescentes, el 68% de los entrevistados fueron adolescentes mujeres (21 entrevistas) y el 32% restante fueron adolescentes varones (10 entrevistas). El 93,5% eran de nacionalidad oriental (29 entrevistados) y el 6,5% eran extranjeros tramitando la residencia permanente en el país (2 entrevistados).

El 10 % del total de los entrevistados (3 entrevistados) tienen un vínculo con una institución por riesgo social (Programas estatales de INAU, MIDES (Jóvenes en Red) o con asociaciones civiles (Beraka)); coincidiendo con el rango etario de los 18 años ( 75% de los entrevistados de 18 años)

Como se puede apreciar en la Tabla 1 los adolescentes varones consultan menos que las adolescentes mujeres. Es de destacar que a la edad de 17 años el 100 % de los entrevistados eran adolescentes femeninas y el porcentaje mayor de entrevistados varones se da a la edad de 14 años. La mayor consulta de los adolescentes masculinos y femeninos se realiza a los 15 y 17 años de edad.

**Tabla 1. Resumen del análisis según edad y sexo de los entrevistados**

<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Total de entrevistados</b>	<b>Porcentaje</b>
12	masculino	1	3%
13	femenina	4	13%
13	masculino	1	3%
14	masculino	3	10%
14	femenina	1	3%
15	masculino	2	6%
15	femenina	5	17%
16	masculino	2	6%
16	femenina	1	3%
17	femenina	7	23%
18	masculina	1	3%
18	femenina	3	10%

Nota: Elaborado por la autora con información recogida en el trabajo de campo

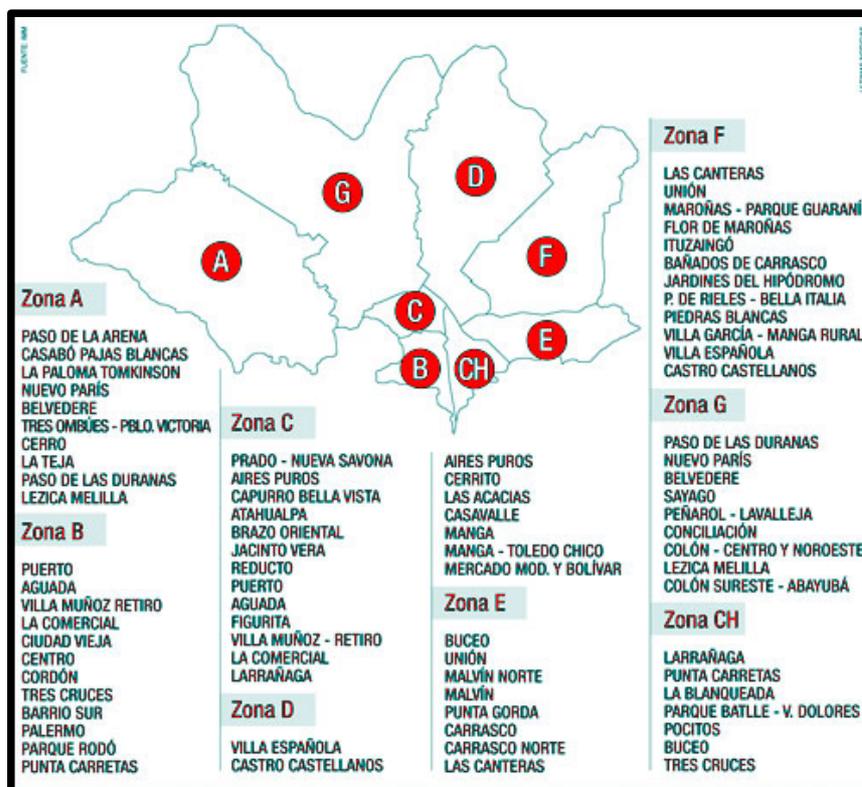
En cuanto a la procedencia de los entrevistados (ver Tabla 2) se identifica que el 58 % de los adolescentes pertenecen al municipio donde se encuentra ubicado el centro de salud: Municipio B. El 42 % restante, proviene de otros municipios (A, C, CH, D, E y F) y zonas de Montevideo (Ciudad Vieja, Centro, Cordón, La Teja, Cerro, Aires Puros, Prado, Pocitos, Tres Cruces, Parque Batlle, Villa Española, Punta Gorda, Carrasco Norte y Maroñas), así como de otras zonas del área metropolitana (La Paz, Canelones).

Tabla 2. Resumen del análisis según la procedencia de los entrevistados

Municipios	Barrios y Zona Metropolitana	Total de entrevistados	Porcentajes
<b>B</b>	Ciudad Vieja	13	42%
	Centro	4	13%
	Cordón	1	3%
<b>A</b>	La Teja	1	3%
	Cerro	1	3%
<b>C</b>	Aires Puros	2	6%
	Prado	1	3%
<b>CH</b>	Pocitos	1	3%
	Tres Cruces	1	3%
	Parque Batlle	1	3%
<b>D</b>	Villa Española	1	3%
<b>E</b>	Punta Gorda	1	3%
	Carrasco Norte	1	3%
<b>F</b>	Maroñas	1	3%
	ZONA METROPOLITANA La Paz, Canelones	1	3%

Nota: Elaborado por la autora con información recogida en el trabajo de campo.

Figura 1. Mapa de los municipios del departamento de Montevideo



Nota: Mapa de los municipios del departamento de Montevideo. Recuperado 20 de agosto de 2016.

Extraído de: [https://www.google.com.uy/search?q=municipios+de+montevideo&biw=1280&bih=937&site=webhp&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjGu72WsorPAhVITZAKHfgyAOMQ\\_AUIBigB&dpr=1#imgrc=eFt06eJrdHabrM%3A](https://www.google.com.uy/search?q=municipios+de+montevideo&biw=1280&bih=937&site=webhp&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjGu72WsorPAhVITZAKHfgyAOMQ_AUIBigB&dpr=1#imgrc=eFt06eJrdHabrM%3A)

De las entrevistas con adolescentes así como de las entrevistas con el Director del Centro de Salud y la Encargada del ESA, se desprende que esta situación en gran medida responde por la accesibilidad geográfica que se genera por el gran flujo de líneas de transporte urbano hacia todo el departamento que posee esta zona de Montevideo, así como a otras localidades de la zona metropolitana con departamentos limítrofes (Canelones y San José).

Al preguntarle a los adolescentes usuarios del ESA, que no son de la zona delimitada para este centro, el por qué de su atención en el mismo plantearon los siguientes motivos:

- considerar que la atención en este centro era de mejor calidad,
- el buen vínculo que establecen los profesionales con los usuarios,

- sus padres son usuarios del servicio desde antes que ellos nacieran,
- alguno de sus padres trabaja en la zona,
- padres o familiar que trabaja en el Hospital Maciel o en el propio centro de salud,
- la residencia anterior a la actual era en la Ciudad Vieja y tienen su historia clínica en el centro de salud,
- el vínculo con programas estatales de INAU, MIDES (Jóvenes en Red) o con asociaciones civiles (Beraka).

*"... desde que soy chica. (...) Creo que desde que nací me traen acá" (entrevista adolescente fem. A., 17 años, octubre 2015)*

*"En el XX no conseguía hora. Tenía que ir a las 4 de la mañana a sacar número (...)." (entrevista adolescente fem D., 15 años, noviembre 2015)*

*"no lo que pasa que cuando mi mamá era adolescente vino acá atenderse y después cuando nacimos mi hermana y yo, nos atendía con la pediatra acá, y como ya nos conocía... mi mamá nos siguió trayendo acá" (entrevista adolescente fem C, 17 años, abril 2016)*

*"Sí, un muy buen porcentaje es de otra zona, ya les puedo mostrar, (...) Vieron la zona, esto es un mapa, la delimitación. Fíjense que está Yaguarón, Yí, este es como el límite. (...) Sí, si... se atiende.... no es que se le diga que no, pero que se le sugiera al usuario... bueno usted es de tal zona... le corresponde tal centro .. pero dicen no... yo quiero seguir viniendo acá. (entrevista integrante del equipo del ESA 1, octubre 2015)*

Asimismo se realizaron entrevistas a dos adolescentes de nacionalidad peruana y venezolana. El motivo de la consulta al centro es la solicitud del carné de salud adolescente (CSA) para continuar sus estudios secundarios. Al consultarles por el tiempo de radicación en Uruguay, este varía desde un mes a un año de residencia.

*"Y después tenemos un alto porcentaje de usuarios de otros países, extranjeros, básicamente y esto sí es una característica de esta zona, de peruanos, bolivianos y dominicanos últimamente. (...) quizá en otra zona no ocurre, porque ellos están concentrados en esta zona (...). Entonces eso ha*

*implicado muchas cosas, sensibilizarnos a la hora del abordaje, también hay que tener en cuenta su cultura, bueno eso implica otros hábitos de alimentación, .. culturales no en general, que obviamente son.. tenemos que estar abiertos y receptivos. (...) me encuentro más, madres adolescentes que cuyas parejas son peruanos o bolivianos y trabajan mucho en barcos y se embarcan. Esa es una realidad que muchas veces se repite.” (entrevista integrante del equipo del ESA 1, octubre 2015)*

En la Tabla 3 se puede evidenciar el nivel educativo que los entrevistados poseen: 6to año escolar, ciclo básico, bachillerato liceal o de UTU y en un número pequeño se han desvinculado del sistema. Los que se encontraban estudiando a nivel de bachillerato expresaban su aspiración de continuar estudios a nivel terciario.

**Tabla 3. Análisis según nivel educativo de los entrevistados**

Nivel educativo	Entrevistados	Porcentaje
Primaria	2	6%
Ciclo básico secundario	14	46%
UTU (Ciclo básico)	3	10%
Bachillerato (Liceo y UTU)	8	26%
Educación no formal	2	6%
No estudia	2	6%

Nota: Elaborado por la autora con información recogida en el trabajo de campo.

Al indagar si los entrevistados realizan otro tipo de actividades además de la educativa se desprende la siguiente información:

- El 58 % no realizan actividades recreativas o deportivas (18 entrevistados)
- El 36% de los adolescentes entrevistados plantearon que realizaban otras actividades además de sus estudios formales: deportes (fútbol, basquetbol, hándbal, natación, gimnasia, capoeira, boxeo), danza, candombe en comparsa, coro, circo, telas, estudio de lenguas extranjeras (inglés y francés), aprendizaje de algún instrumento musical (guitarra, violín) (11

entrevistados). Estas actividades las realizan en clubes deportivos, en centros de estudios privados, escuela de música o centros juveniles.

- El 6% trabaja (2 entrevistados).

Nota: Los porcentajes fueron elaborados por la autora a través del paquete informático SPSS de la información recogida en el trabajo de campo.

A partir del análisis realizado hasta el momento se puede definir que los adolescentes entrevistados son una población integrada al sistema educativo (88%) con acceso a ciertos servicios culturales y recreativos (36%).

Al preguntar cuales son los motivos por los que consultan a un servicio de salud se desprende que el 100% de los adolescentes varones lo hacen por control de su salud o tratamientos ante una enfermedad. Asimismo el 80% de ellos también consultan para tramitar el CSA. En el caso de las adolescentes mujeres plantean motivos de consulta variados; habiendo más de un motivo por el que deciden consultar:

- 57% es por ginecología,
- 52% es por CSA,
- 52% es por control médico,
- 38% es por odontología,
- 19 % es por salud mental,
- 14% es por nutrición,
- 5% es por oftamología,
- 5% dermatología y
- 5% anorexia

Nota: Los porcentajes fueron elaborados por la autora a través del paquete informático SPSS de la información recogida en el trabajo de campo.

Esta diversidad de motivos de consulta en las entrevistadas se puede relacionar con una mayor presencia de la integración del cuidado y acercamiento a los servicios de salud en comparación con los entrevistados varones. Asimismo se puede asociar al desarrollo de áreas o servicios de salud reproductiva propuestos exclusivamente para las mujeres por parte de los servicios de salud. En cuanto a la frecuencia y contacto con un servicio de salud, los entrevistados plantean que en aquellos casos que requiera un tratamiento por una enfermedad asisten entre tres o cuatro consultas en el año (34%). Si el motivo de consulta es por control, concurren dos veces al año (50%). Si el motivo es la renovación del CSA la concurrencia al centro se realiza una vez al año (16%). Se podría expresar que el contacto con los servicios de salud es fluido.

Se considera que las variables cultural y familiar son significativas a la hora de acceder a un servicio de salud. Dichas variables tienen una presencia relevante en los entrevistados. Su nivel de instrucción incide no solo para gestionar el CSA con el fin de dar continuidad a sus estudios a nivel secundario, sino para acudir al centro en momentos de pérdida de su estado de salud (58 %). Del total de entrevistados (31) solo dos adolescentes concurren sin un referente adulto y/o familiar. El 93% vino acompañado por una figura significativa: madre, padre, abuela, hermano mayor, novio, amiga u operador. Aquellos adolescentes que asistieron solos expresaron que sus padres estaban en conocimiento de concurrencia al centro de salud y que el motivo por el cual nos los acompañaron fue el laboral. El 84% han sido usuarios únicamente de ASSE y un 16% tienen la experiencia de haber sido también usuarios de una Institución de Asistencia Médica Colectiva de Prepago (IMAC). Su experiencia con los servicios de salud se ha dado tanto en el primer nivel como en el segundo nivel de atención en salud.

Del análisis realizado se desprende que la población adolescente entrevistada es una población heterogénea, ya sea por su procedencia, por su nivel socio económico, educativo y cultural, con problemas de salud que puede abordarse casi exclusivamente en el primer nivel de atención.

En cuanto a la modalidad de atención a la que aluden la mayoría de los entrevistados es la consulta individual. Un 94% remite a la experiencia de consulta con diferentes profesionales en los servicios de salud: médico general, pediatra, ginecólogo, nutricionista, dermatólogo, odontólogo, psicólogo y psiquiatra. La

atención se genera a partir de una dolencia específica que lleva a consultar a una especialidad. Es una minoría (6%) la que expresa que el móvil de la consulta es adquirir información de índole psico – social.

*"Cuando me siento mal así, o en situaciones para que me informen... Ahora vengo por cambios de la adolescencia. ... hay no sé como explicarlo, me pongo nerviosa (risa nerviosa)... eh, eh, eh, ponele dolores hormonales" (entrevista a adolescente fem. A, 17 años, octubre 2015)*

*".. en realidad estoy abierta a saber, eh, eh, eh... como que no me da vergüenza preguntarles y no sé, depende del médico. (...) a la ginecóloga, le pregunté por mi mes y ta!, eh, eh, eh.. las pastillas." (entrevista adolescente fem. B., 17 años, marzo 2016)*

Es de señalar que en el desarrollo de la entrevista algún adolescente refería a situaciones personales que podrían ser motivo de consulta pero no eran el móvil de la atención. Se considera que la situación obedece a la RS que se privilegia como relevante para demandar atención. Las dolencias asociadas al cuerpo son las que tienen mayor jerarquía, desvalorizándose los aspectos psico-sociales que pueden llevar a la solicitud de consulta. Se considera que dicha RS es expresión del MMH (Menéndez, 1985) que posee nuestra sociedad y que los adolescentes no escapan de ello.

*"Vine a sacarme el Carné. (...) Lo que pasa es que yo hace dos años que no voy al liceo porque yo ta! repetí dos año y después un año iba bien y tuve un problema que tuve que vivir con mi abuela en Colonia y yo dejé. Y el año pasado empecé a dar libres y ta! di todas pero me faltó salvar una para pasar al siguiente año y ta!no las di y recién ahora en febrero dí y salvé y este año arranco con 3ero de liceo." (entrevista a adolescente fem. B., 17 años, marzo 2015)*

### **8.3.2 - Opinión de los adolescentes entrevistados sobre los servicios de salud**

Como se señaló, algunos adolescentes entrevistados cuentan con la experiencia de haber sido usuarios del sector público y privado del SNIS. Esto permitió que los mismos expresaran sus experiencias en los dos sectores tanto para contrarrestar

sus experiencias o para profundizar en algunos aspectos que la investigación proponía. En relación a esto último, no se identificó una diferencia relevante en la opinión de los adolescentes varones y de las adolescentes mujeres sobre su forma de valorar a los servicios de salud tanto público como privados.

En primer lugar surge la representación de "sentirse bien tratado" por los servicios de salud a los que han accedido pero cuando se profundiza sobre esta vivencia se identifican experiencias de destrato por parte de los profesionales como por el personal de apoyo a la atención (funcionarios y administrativos) hacia ellos.

*"La ginecóloga de adolescentes .... me trata como indiferente como que vos le explicas lo que tenés y ella te salta ... o sea ella siempre tiene la razón, porque más allá que haya estudiado o sea pero ... por eso cambié y me vine para acá, que me queda muy lejos pero prefiero que me traten bien y que me entiendan" (entrevista adolescente fem E, 17 años, abril 2016)*

*"a mí me dejó que desear ponele la parte de atención al cliente. No sé como se le dice a donde sacas fechas (...) La atención para mí no es muy buena, que no sé, preguntás algo y parece que estás molestando. Eh, no sé, a veces se da, a veces no. No sé si es que vienen de buen humor o no sé pero yo lo viví así" (entrevista adolescente fem. B, 18 años, marzo 2016)*

*"el personal debería prepararse un poco más .... el trato de las personas. Creo que la gente debería ser más agradable"... (entrevista adolescente masc. B, 15 años, noviembre 2015)*

*"a veces pregunto, capaz que molesto un poco, pero ta quiero saber. (...) Me parece que es por la atención, por la cantidad de gente que está ahí para atenderse. Y hay algunas personas que por ser salud pública tratan mal y esas cosas. Me parece que están acostumbrados a ese tipo de gente, que ponele no sé, se pasan" (entrevista adolescente fem. C, 17 años, abril 2016)*

Se considera que esta impresión positiva del relacionamiento con los servicios obedece a diferentes factores. Uno de ellos es la situación de participante de la investigación. Es esperable que el contexto incida en este. La entrevista se desarrolla en un centro de salud y los entrevistados han aceptado de forma voluntaria a la realización de la entrevista. Se podría señalar que existe un piso mínimo que permite el acceso a los servicios de salud. Son adolescentes

integrados al sistema. Como se referenció anteriormente, el contacto con los servicios es de una a cuatro consultas al año. A la mayoría se le dificulta dar una opinión acabada sobre los servicios y se excusan en su experiencia limitada. Aluden a las pocas veces que han concurrido al servicio o que es su primera vez en asistirse como adolescente. Asimismo se puede identificar una vivencia de extrañeza a que se les consulten sobre ciertas temáticas vinculada a su salud o sobre los centros de salud. Se desprende de sus respuestas y reacciones pre verbales que es algo poco habitual para ellos. Les parece "raro". Se considera que es una expresión cultural del lugar del usuario en los servicios de salud que responde a las lógicas del MMH (Menéndez, 1985). Un usuario que percibe la asimetría de la relación médico – paciente y el poder del saber científico. Lo que conlleva al no cuestionamiento, a la desvalorización de su opinión y la no realización de aportes a la atención a su salud. En algunos casos plantean que les gusta que le consulten y agradecen la oportunidad de ser entrevistado.

*"... que me pareció bueno esto, que ta bueno que se incluya a la adolescencia, que dé su opinión" (entrevista adolescente masc. B, 15 años, noviembre 2015)*

Se puede plantear que la RS de la atención a la salud de los adolescentes entrevistados es la del control o de prácticas restitutivas basadas en un modelo asistencialista curativo que responde al paradigma de atención individual restrictivo (Saforcada, 1999). Para estos, el principal cometido de los servicios de salud es la restitución de la salud cuando se la ha perdido. Según ellos, este fin lo cumplen correctamente. Es escasa la identificación por parte de los entrevistados la utilización de los servicios por otro tipo de motivo.

*"Vengo cuando estoy enferma" (entrevista adolescente fem. E, 17 años, abril 2016)*

*"Yo tuve problema con el asma hace 6 meses y casi me interna y la verdad que me atendieron perfectamente bien (..) me atendieron enseguida" (entrevista adolescente fem. A, 18 años, octubre 2015)*

*"En algunos momentos sí, y en otros no. A veces me sentía igual" (entrevista adolescente fem. C, 18 años, marzo 2016)*

*"Mmm... algún cambio como qué ... ¿si mejoró?... sí, sí, sí, mejoró" (entrevista adolescente fem. E, 17 años, abril 2016)*

*"... hubo mejoras porque no me vienen ataques" (entrevista adolescente fem. D, 17 años, noviembre 2015)*

Se entiende, que en sus respuestas subyace la representación del control sobre sus cuerpos siendo objeto de la atención por parte de los servicios.

*"Primero por mi enfermedad, que me controlan y ta!" (entrevista adolescente fem. A., 17 años, febrero 2016)*

*"Ta!, el control y la odontología y ta!"(entrevista adolescente masc. A., 14 años, octubre 2015)*

El 87% de los entrevistados expresa que la atención brindada por los profesionales contribuyó a su salud. El 10 % de entrevistados no puede dar una respuesta al respecto y un 3% señala que no le aportó a la salud y lo asocia a una práctica de mala praxis profesional.

Del mismo modo, identifican que los cuidados básicos que realizan para estar sanos se relacionan con:

- Alimentación 68%
- Higiene 52%
- Actividad física 39%
- Controles médicos 39%
- Dormir 10%
- Salud Mental 6%
- Prevención 6%

Nota: Los porcentajes fueron elaborados por la autora a través del paquete informático SPSS de la información recogida en el trabajo de campo.

Es de señalar que los dos cuidados básicos mejor identificados para mantener su salud son principalmente asociados al cuidado de su cuerpo y a las conductas basales. Se considera que esta jerarquización se puede explicar en parte, por los cambios que están experimentando los adolescentes a nivel físico y fisiológicos. Cambios que caracterizan a este período vital y que tienen un papel protagónico en esta etapa de sus vidas. Algunos plantean que estos cuidados son hábitos de cuidados cotidianos y otros señalan que si bien saben lo importante que puede ser desarrollarlos, no los realizan. Asimismo estos cuidados son vinculados a tener una "vida normal". Teniendo en cuenta el lugar que posee para ellos el cuidado de su cuerpo, algunas conductas basales y el control médico se podría plantear que la política de salud asociada al CSA ha tenido un impacto relevante en estos adolescentes, pudiéndose plantear como una oportunidad de intervención para los profesionales de la salud para trabajar en otro tipo de abordajes como son la educación para la salud, la promoción de salud, la prevención de enfermedades.

Los cuidados básicos menos identificados son la prevención (6%) y la salud mental (6%). Se entiende que esta expresión es reflejo del sesgo cultural y del lugar simbólico que poseen en nuestra sociedad estos cuidados. Como se ha expresado anteriormente, es producto de la introyección del MMH (Menéndez, 1985) en los cuidados a la salud por parte de la población en general que posee una concepción de salud en términos biologicistas.

*"Alimentarme bien, dormir bien, hacer deporte que no hago (risas)"  
(entrevista a adolescente fem. B., 17 años, marzo 2016)*

*" ... cepillarme los dientes después de que como ... no comer (risas). No comer demasiadas proquerías..." (entrevista a adolescente masc. B., 14 años, diciembre 2015)*

*"La higiene, el hacer ejercicios, comida saludable, ta! Venirse a atender acá todos los meses. Creo que requiere .... eh, eh, eh, ... ta! Y esas cosas"  
(entrevista a adolescente fem. D., 17 años, noviembre 2015)*

*"A: Buena alimentación, salud mental..."*

*E: ¿Qué querés decir con salud mental?"*

*A: Bien, cuando estoy navegando por internet, te aparece cualquier imagen y también con lo que escuches, las canciones.... Y los videos que ahora te muestran cosas.*

*E: ¿Qué tipo de cosas?*

*A: Eh... por ejemplo a mi me gusta el reaggeton y todas esas cosas y entonces, a mi no me gusta ver culos de mujeres todo el tiempo, está bueno las canciones que te aparezca la letra y todo eso, pero no todo el tiempo....”  
(entrevista a adolescente masc. A., 12 años, marzo 2016)*

En cuanto a cuáles son las condiciones necesarias para realizar una buena atención por parte del servicio de atención, los entrevistados destacan atributos como el silencio, el orden, lo limpio, la prolijidad.

*“está muy limpio, o sea las habitaciones muy higiénicas y chiquitas” (entrevista adolescente fem. 17 años A, febrero 2016)*

Estos descriptores hacen pensar en la función que tenía la Medicina a fines del siglo XVIII y siglo XIX en Uruguay (policía sanitaria), la que procuraba la promoción del orden y prevención de “problemáticas sociales”. Sus acciones se encontraban al servicio del disciplinamiento de la sociedad civil para contribuir al desarrollo económico y la modernización de un Estado paternalista (Barrán 1993 b, y Portillo, 1995)

Asimismo señalan que el buen trato genera buenos climas para la atención. Sin embargo se considera que este está asociado con el control y con el despliegue de propuestas verticalista.

*“Porque si no hubiera educación, un relajo habría ahí en el living” (entrevista a adolescente masc. B., 14 años, comunicación personal diciembre 2015)*

*“Te atienden bien y te revisan todo. No dejan nada. Todo” (entrevista a adolescente masc. A., 12 años, comunicación personal marzo 2016)*

Otro aspecto identificado es que los entrevistados prefieren los centros de salud de primer nivel. A estos los vivencia como más próximos a diferencia de los hospitales o sanatorios que son percibidos como un lugar extraño, confuso y hostil donde se genera un despersonalización de la atención.

*"hay muchas personas, tantas que, además no puedes estar todo el día en un hospital (...) no me gusta a mí" (entrevista adolescente fem. A, 17 años, comunicación personal febrero 2016)*

### **8.3.3 - Fortalezas y debilidades de los servicios de salud según los adolescentes entrevistados. Puntos de encuentro y desencuentro entre los servicios de salud y la población usuaria.**

Para estos adolescentes una fortaleza de la atención a la salud es que los profesionales establezcan un buen vínculo con ellos. El 58% de las respuestas de los entrevistados lo señala como un facilitador de la atención, destacando el desarrollo de un vínculo personalizado, capaz de individualizar al adolescente en la atención. Aspecto altamente valorado por ellos.

*"El que te atiende bien vos te das cuenta que lo hace por vocación y el que te atiende más o menos es porque le interesa el dinero nomás" (entrevista adolescente masc, B, 15 años, noviembre 2015).*

Asimismo algunos de los entrevistados aluden que este tipo de vínculo se establece por una relación de larga data que ellos poseen con el profesional, remontándose a la infancia. (Pediatra y Odontólogo). Este conocimiento les permite establecer lazos de confianza para acudir al centro de salud cuando lo requieren y realizar ciertos planteos que les preocupa.

*"CÓmoda, es muy bien el espacio. Cuando me atiende ella. (...) Es la pediatra. (...) además de eso es como que tenemos ... no sé, no sé como decirlo... (...) sí, relación. (entrevista adolescente fem. A, 17 años, febrero 2016)*

*"La verdad que muy bien. (...) sí, comparado donde yo me atendía en XX (...) te atienden así no más te tratan, así no más. (entrevista adolescente fem B, 17 años, marzo 2016)*

*"... son como muy abiertos, te quieren escuchar, realmente te ayudan. Y ta! Y no solo le puedes contar para lo que venis sino que también de otras cosas. Te escuchan. Ellos mismos te preguntan..." (entrevista adolescente femenino C, 17 años, abril 2016)*

*"A: Muy bien porque son muy buena onda*

*E: Buena onda y eso qué quiere decir?*

*A: A mí me genera confianza, porque te hablan bien y todo, no es una persona que está seria, que sólo hace su trabajo, hace más que su trabajo" (entrevista adolescente masc. C, 14 años, marzo 2016)*

*"Odontología es una, ginecología también y ta pediatría también está buena acá en el centro porque queda todo muy unido y mejor que no tenés que ir de un lado para el otro" (entrevista adolescente fem. B, 13 años, marzo 2016)*

Hay adolescentes que también lo relacionan con la posibilidad que la atención no se burocratice. No tener que realizar trámites para una próxima consulta y tener largas esperas.

*"Que no tienen que sacar hora para atenderse y esperar mucho porque puede ser una urgencia y vienen el jueves directamente y no tienen que sacar hora. (entrevista adolescente masc. A, 14 años, octubre 2015)*

En cuanto a las dificultades que se pueden presentar en la atención, un 84% de los entrevistados señala al tiempo de espera para la consulta.

*"pero puede ser el tema de espera, si se demora mucho y ta!" ... (entrevista adolescente fem. D, 17 años, noviembre 2015).*

*"si al XX, pero nunca encuentro fecha para atenderme (...) Tenía que ir a las 4 de la mañana a sacar número que yo que sé, ..." (entrevista adolescente fem. D, 15 años, octubre 2015)*

Se coincide que un solo día y el horario propuesto no son suficientes para consultar en un centro de salud. La larga espera hace que desmotive la consulta de otras áreas de interés.

*"Tendría que haber, o sea tendría que poner más días para el espacio adolescente porque es un día solo y se amontona toda la gente..." (entrevista adolescente fem. A, 18 años, octubre 2015)*

Los entrevistados señalan que según su experiencia la atención en diferentes servicios de salud tanto del ámbito público como privado es diagramada en un solo día de la semana y que abarca la mañana y la primera hora de la tarde. Según ellos la agenda de atención se organiza de manera que todos los adolescentes que

consultan se les da la misma hora (ej. jueves, 8 am) y esto conlleva una larga espera. En cuanto al ESA donde se desarrolló la investigación, inicialmente tenía esta forma de organizar la atención. Tres meses antes de finalizar la experiencia de campo, el equipo propuso modificar la forma de dar la hora de la consulta y divide la agenda en dos. Se convoca adolescentes de 8:00 a 10:00 hs y 10:00 a 13:00 hs. Esta decisión obedeció a que se encontraban realizando una revisión de sus prácticas con el fin de obtener una certificación de buenas prácticas que otorga el PNSAJ del MSP. El cambio de horarios no fue apoyado unánimemente por los integrantes del equipo técnico, planteando disconformidad al respecto. Las argumentaciones expresadas no se relacionan con una estrategia fundamentada de la atención sino con el tiempo que cada profesional asigna para el desarrollo de la consulta. En algunos casos los profesionales se retiran antes de finalizar el horario del ESA por no haber usuarios en la sala de espera. Al diagramarse la consulta dando todos los números para las 8:00 hs hace que al mediodía ya no haya adolescentes que consulten y por ello algunos de los profesionales se retiran antes. Si hay algún adolescente que accede a la atención de forma espontánea al mediodía, se lo re agenda para la próxima semana por la ausencia de algunos profesionales y por ello, no se lo atiende. Esta situación deja en evidencia una barrera en la atención y en el acceso. Es una práctica que el Equipo buscó modificar. Sin embargo ninguno de los adolescentes entrevistados lo identificó como cambio y mejora de la atención cuando se implementó.

*"... que se puedan agregar unos días más que no sea solo el jueves"  
(entrevista adolescente masc. A, 14 años, octubre 2015)*

*"... la doctora empieza atender a la una de la tarde y en sí, tengo que estar 4 horas, lo que vengo a trabajar acá, ta, pero no tiene la culpa la doctora, pero en ese sentido, lo veo, me parece mal, está mal organizado, eso sería la sugerencia que haría...(.) pero nunca ha cambiado nada, nunca hubo, no sé..." (entrevista adolescente fem. A, 17 años, febrero 2016)*

La espera no solo se da cuando se ha concretado la consulta sino que también se la tiene para acceder a la misma. En cuanto a este aspecto un integrante del equipo del ESA plantea que esta barrera se configura por el desconocimiento por parte de los funcionarios administrativos de uno de los criterios establecidos por el

PNSAJ del MSP para el acceso a la atención adolescente que es el modo espontáneo.

*"Toman el criterio de la atención con adultos. Los funcionarios no distinguen que las jóvenes son adolescentes y le dan para la consulta para adultos, es por eso". (3era observación participante, equipo del ESA, febrero 2016)*

Algunos de estos adolescentes entrevistados relatan que el acceso a la consulta se realiza a los 2 meses de su solicitud, lo que genera una barrera en la accesibilidad (Comes, 2003). La dimensión organizacional se configura en una barrera para la consulta. En otras palabras, se está vulnerando el derecho a la atención.

*"Que demoran mucho, un mes o dos para darte para un ginecólogo" (entrevista a adolescente fem. B., 17 años, marzo 2016)*

En la mayoría de ellos se aprecia un desconocimiento de los derechos que poseen como usuarios de sistema de salud. Se entiende que este factor es el que hace que estas dificultades se vivan en forma pasiva y naturalizada; incluso en aquellos que sí tienen integrado la noción del derecho a la salud.

Otra dificultad que se señala es el destrato por parte de los funcionarios administrativos o por parte de los profesionales.

*"depende de quien te toque porque hay algunos que no, no tienen un muy buen trato con las personas, digo, yo lo que digo a mi madre es si vos te recibís de médico estás brindando una ayuda a la sociedad, a la gente, no podes estar con una cara, porque por algo elegiste la medicina, elegiste ayudar a las personas. (...) la verdad que me molesta que den un trato malo (...) No interesa si es pobre o rico, es una persona y tiene derecho a la salud" (entrevista adolescente masc. B, 15 años, noviembre 2015)*

*"... Cansado porque demoran mucho en atenderte, porque cuando vas a la parte de emergencia yo sé que hay mucha gente para atender pero, la segunda vez que me operé estuvimos 14 hs en el hospital. Yo estaba muerto. Yo me quería ir (...) Había gente que había llegado a las 8 de la noche y las atendían primero que yo. Y lo que pasó, despitados ellos, no me habían agendado en la computadora..." (entrevista adolescente masc. B, 15 años, noviembre 2015)*

La relación con el personal administrativo es catalogada de distante y de desconfianza.

*"La sala, la ventanilla es como muy, tenes que esperar mucho y a veces te hablan mal, pero ta!! (entrevista adolescente fem. A, 18 años, octubre 2015)*

*" ... nada te llama la atención, no te saben indicar, viste, por ejemplo le decís ¿la ginecóloga tiene números?, no sabemos, no hay algo puntual" ... (entrevista adolescente fem. A, 17 años, febrero 2016).*

Uno de los entrevistados señala la necesidad de que se los prepare para trabajar en el ámbito de la salud. Pueden percibir una falta de involucramiento de los funcionarios en el proceso de atención como si no fueran parte del mismo, generando una cosificación del relacionamiento.

*"el personal debería prepararse un poco más .... el trato de las personas. Creo que la gente debería ser más agradable"... (entrevista adolescente masc. B, 15 años, noviembre 2015)*

*"Por la atención de allá (alude a otro centro de salud que le corresponde por la zona en que vive) tipo, las que repartían los medicamentos te daban cualquier cosa. A mi padre casi lo matan porque él sufre del corazón y lo operaron y le tenían que dar no me acuerdo que medicamento y le dieron un antidepresivo y el confiado lo tomaba ... y veía que algo le estaba haciendo mal. Casi se da vuelta porque era re fuerte el antidepresivo que le estaban dando. Y era porque las que repartían los medicamentos tipo te daban así nomás, ni miraban las cajitas, así que cualquier cosa y también para pedir ponele para el espacio adolescente tenías que pedir con anticipación dos meses ponele. (...)*  
*" (entrevista a adolescente fem B, 17 años, marzo de 2016)*

En cuanto a los profesionales señalan que la distancia, la verticalidad en la comunicación o la falta de empatía hace que no contribuya a la apertura de consultar por temas o situaciones que les preocupan o les interesaría tener información al respecto.

*" ... para las adolescentes es difícil hablar de cosas. Por ejemplo si vos hablas y te miran con cara seria, con cara de, no me importa lo que estás hablando, no te da la confianza como para contarle todo, lo que debería saber". (entrevista adolescente fem. D, 17 años, noviembre 2015)*

Una de las entrevistadas plantea que el preguntar y/o evacuar dudas genera incomodidad en los profesionales y en algunos casos un mal trato.

*"a veces pregunto, capaz que molesto un poco, pero ta quiero saber. (...) Me parece que es por la atención, por la cantidad de gente que está ahí para atenderse. Y hay algunas personas que por ser salud pública tratan mal y esas cosas. Me parece que están acostumbrados a ese tipo de gente, que ponele no se, se pasan" (entrevista adolescente fem. A, 17 años, febrero 2016)*

#### **8.3.4 - Necesidades sentidas y de atención en salud según los usuarios adolescentes entrevistados**

En cuanto a este punto cabe señalar que la mayoría de los adolescentes entrevistados no pueden responder a la pregunta que indagaba sobre sus necesidades sentidas y de atención en una primera oportunidad. Se requiere de una ampliación del entrevistador para que pueda dar una contestación. Los adolescentes quedan pensativos, reflexivos y argumentan en un primer momento afirmativamente sin poder ahondar sobre su repercusión en su vida.

En la mayoría de los casos las necesidades sentidas y de atención (Bradshaw, 1972) se tiene que inferir, ya que no las plantean explícitamente.

Son muy pocos los que pueden expresar lo que consideran necesario para su salud y para su atención.

Se considera que esta situación se relaciona con el carácter novedoso que tiene la atención a la salud de los adolescentes, donde uno de los ejes centrales es una actitud pro activa por parte de ellos como usuario del sistema de salud. Su experiencia con los servicios de salud desde esta perspectiva, que respete su capacidad de decidir y evaluar sus necesidades, así como la atención brindada es incipiente. Para la identificación de sus necesidades y de poder transmitir las es necesario el despliegue de procesos metacognitivos, de habilidades comunicacionales y de cierto grado de madurez que no todos poseen. El bagaje cultural para poder expresar sus pensamientos, sus concepciones sobre la salud, la enfermedad, la atención y los satisfactores que requieren para sus necesidades son variables que también inciden en este aspecto.

Como señala Boltanski (1975) las percepciones sobre la salud y la enfermedad van a depender en buena parte de la riqueza y precisión del vocabulario del sujeto y del conocimiento que posea sobre la salud y la enfermedad desde la perspectiva disciplinar.

Por otra parte, el desarrollo de algunas áreas cerebrales que involucran importantes funciones cognitivas superiores (toma de decisiones, conciencia de sí mismo, futurización, etc.), así como algunos aspectos psicológicos (empatía, creencia de invulnerabilidad y autoestima) también pueden estar influyendo. Si la experiencia de enfermedad no tiene una significación relevante no es un aspecto que a los adolescentes les preocupen y en tal sentido, es difícil que desde su experiencia cotidiana surja la expresión de sus necesidades sentidas en salud o de atención (Bradshaw, 1972). Del mismo modo, que consideren el poseer un papel protagónico en su salud y que pueden contribuir a la mejora de la calidad de la atención sanitaria. Es por ello que es importante el lugar del profesional para contribuir a la expresión de sus necesidades sentidas y de atención (Bradshaw, 1972). Los técnicos deberían propiciar y ser un mediador de los procesos cognitivos y emocionales de los adolescentes para alcanzar otros niveles mayores de complejidad y contribuir a la adecuación de la atención a sus necesidades. Sin embargo, se identifica que tanto los servicios de salud como los profesionales no dan un lugar relevante en la atención a estos como para identificar a las mismas. Asimismo, no se constata como objetivo explícito de intervención, el contribuir - como lo define la OMS (1998) - a la alfabetización en salud. Esta última se define como "las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud". (OMS, 1998 citado por Falcón y Luna, 2012; pág. 91).

Las necesidades normativas (Bradshaw, 1972) consideradas por el PNSAJ son las que diagraman la atención adolescente. Hay una dificultad de poder descentrarse de la atención a la enfermedad y a la asistencia. Hay una verticalidad en el vínculo que se establece entre estos y los adolescentes, la que no permite una total colaboración, participación y empoderamiento de estos.

A pesar de lo expresado, el estudio pudo clasificar algunas de las necesidades sentidas y de atención (Bradshaw, 1972) de los adolescentes entrevistados :

1. Información sobre salud: 48%
2. Autocuidado: 48%
3. Ocio (Creatividad, expresión y libertad): 12%
4. Felicidad (Sentirse bien, contento, alegre): 4%
5. Afecto (Buenos vínculos, ser escuchados y decidir): 4%

Nota: Los porcentajes fueron elaborados por la autora a través del paquete informático SPSS de la información recogida en el trabajo de campo.

Cabe señalar que la necesidad sentida de adquirir información para el autocuidado sobre temas que son relevantes a la etapa que están transitando cobra relevancia. Ej. relaciones sexuales seguras.

*"Y bueno, los métodos de prevención sexual, ya hoy en día el adolescente ya tiene bastante relaciones sexuales, que use preservativo es muy importante, prevención de VIH del SIDA" (entrevista adolescente masc. B, 15 años, noviembre 2015)*

La información tiene un papel clave en nuestra sociedad para los procesos de desarrollo de los individuos y de las sociedades.

El hecho que los adolescentes reconozcan como necesidad sentida a la información es importante, ya que permite tomar decisiones sobre su salud. Sin embargo no es - como se señaló - el motivo de consulta predominante en los adolescentes entrevistados. Por otra parte, valoran que el profesional sea una fuente de información pero no se lo identifica con este rol.

*"Ah, si por ejemplo, yo vine por las pastillas y me dijeron como las tenía que tomar para prevenir el embarazo pero no solo tenía que tomar las pastillas, me tenía que cuidar. O sea, me informaron que acá era gratis, me informaron bien. No es que dijeron "bueno, si , te damos las pastillas y ta". Eso aportó también a que yo supiera más" (entrevista adolescente fem. B, 18 años, marzo 2016)*

Si tenemos en cuenta la RS que poseen los entrevistados sobre la contribución de los servicios de salud, estos no identifican muy claramente el aporte de la atención en su estado de salud en cuanto a la adquisición o fortalecimiento de capacidades,

hábitos saludables, conductas de autocuidado, empoderamiento, etc. Las necesidades sentidas como ocio, felicidad y afecto no se las asocia como necesidades que puedan ser fortalecidas o promovidas por el sector salud sino que queda en el plano de lo personal.

Por lo expresado es que se puede señalar que hay un desencuentro entre los servicios de salud y sus usuarios adolescentes. Se cree que la dificultad obedece al enfoque de la atención y del poco privilegio que se da en esta a la promoción de salud, a la educación para la salud y a las consultorías fuera del área de salud sexual y reproductiva. Este sesgo hace que se esté perdiendo de una oportunidad valiosa para trabajar desde la integralidad y el autocuidado de los adolescentes.

*"Si me ha aportado a mí? Si, porque eh, depende de esa información si yo quiero generar algún cambio. (...) a veces realizo un cambio. (entrevista a adolescente fem. C, 17 años, abril 2016)*

Es necesario que el adolescente cuente con espacios que le permitan un desarrollo integral de su persona y de experiencias concretas de participación, de expresión, de respeto por sus capacidades tanto a nivel familiar, educativo, comunitario y social. La dimensión cultural tiene un componente de peso en esta situación.

*"E: ¿En qué sentido? ¿De qué forma vos ves que te mejoró y te aportó?*

*A: Me pude liberar, pude decir todo. Saqué todo lo que hacía, todo.*

*E: Liberar, decís, ¿hablas del espacio con la psicóloga?*

*A: Sí, con unos amigos dije, también con unos amigos creamos algo y lo subimos a Youtube. Creamos canciones, dibujos, todo.*

*E- ¿Y eso sentís que te aporta, te ayuda a sentirte bien?*

*A: Sí, con un amigo hacemos manualidades; eso está bueno." (entrevista adolescente masc. A 12 años, marzo 2016 )*

*" E: ¿Que sentís que te hace estar saludable?*

*A: mmm... el bienestar mío*

*E: ¿y cómo se da ese bienestar? ¿En qué? ¿Cuáles son tus cuidados básicos para tener bienestar?*

*A: Estar con mis padres y mi hermano, esas cosas... estar unida*

*E: Los afectos, bien... ¿algo más te hace estar saludable?*

*A: Ir al liceo, estar con mis amigas (entrevista adolescente fem. 13 años B, marzo 2016)"*

La necesidad sentida de ser escuchado y respetado no es solo a nivel de la vida cotidiana sino en la consulta en los servicios de salud.

*"Sentirme bien es sentirme a gusto con lo que estoy haciendo y precisar que te hablen bien y que tengan paciencia cuando te hablan, no hay mucha gente que te hable así..." (entrevista adolescente fem. A, 14 años, marzo 2016)*

*"... yo necesitaba hablar con alguien y vine acá, hablé con ella y todo. De a poco me estoy sintiendo mejor. Y ella me recomendó cosas cuando me venía a atender acá"... (entrevista adolescente fem. G 17 años, febrero 2016)*

### **8.3.5 - Grado de conocimiento que tienen los adolescentes entrevistados sobre sus derechos en salud y la forma que los servicios los incluyen en la diagramación de la atención a su salud.**

El PNSAJ del MSP (2011) siguiendo lo establecido por instrumentos jurídicos internacionales (CDN, 1990) como nacionales (Código de la Niñez y Adolescencia, 2004) establece que son cuatro los derechos para desplegar en la atención:

1. Confidencialidad de la información proporcionada por el adolescente (derecho a la privacidad e intimidad).
2. Integración de las opiniones de los adolescentes en la atención, las que tendrán un peso decisivo en dicho proceso (derecho a la libertad).
3. Respeto por la evolución de sus facultades (autonomía progresiva).

4. Información sobre aspectos vinculados a su salud o de las terapéuticas que se desarrollarán para la restitución de su salud (derecho al acceso a la información).

Al profundizar sobre el grado de conocimiento sobre sus derechos como usuarios de un servicio de salud, los adolescentes entrevistados identifican el derecho al respeto por la autonomía progresiva en la atención. Este principio es asociado a la posibilidad de entrar solo a la consulta. Es habitual que los adolescentes asistan al ESA o a la consulta con especialistas acompañados por un referente adulto (padre, madre, abuela o educador).

El 39% de los adolescentes entrevistados prefieren entrar con un adulto porque se sienten con mayor seguridad y apoyo. En ellos, esta situación coincide con la primera consulta al ESA.

*“E: ¿A la consulta entrás acompañado, solo...?”*

*A: No, entro con mi padre.*

*(..) E: ¿Lo decidís tú? ¿Lo decide el médico? ¿Tu papá...?”*

*A: Es mi padre y yo. (...)*

*E- ¿Cómo te has sentido ahora... al venir acá a este espacio?”*

*A – Un poco nervioso... (entrevista adolescente masc. C, 14 años, marzo 2016)*

Dentro de este porcentaje (39%), el 64% son adolescentes mujeres entre los 13 y los 18 años. El 36% restante son adolescentes varones entre los 13 y 15 años. Las primeras plantean que el acompañamiento por parte de un adulto se produce como apoyo afectivo en las consultas; sobretodo, la ginecológica. Los adolescentes varones expresan “que les da lo mismo entrar solo o acompañado” pero aquellos que sí entran acompañados expresan que lo prefieren por no saber algún dato relevante de su salud o por temor a no recordar lo que el profesional le plantee. Se considera que la variable género se encuentra presente en sus explicaciones, ya que si lo expresaran como una necesidad afectiva lo asociarían con una debilidad o fragilidad personal dejando en cuestionamiento su

masculinidad. Del mismo modo, que el cuidado no está definido como un rol masculino en nuestra sociedad, sino femenino.

Las experiencias relatadas aluden a que en algunos servicios se le ha consultado si quiere entrar solo o acompañado. En otros, el centro propone una edad para el ingreso a la consulta solo.

*"en la puerta hay un cartel donde dice que a la consulta se entra solo a partir de los 16 años" (entrevista a adolescente fem. C., 18 años, marzo 2015)*

Asimismo expresan que por parte del profesional hay un incentivo a que entre solo pero no se indaga si es una necesidad sentida (Bradshaw, 1972).

*" Y, una vez fui con mi madre, depende, en relación al trabajo... Ahora en realidad eso lo hago sola, porque como dice la doctora, es mi derecho, no? Si quiero entrar sola o no, entonces, mejor voy sola." (entrevista adolescente fem. A, 17 años, febrero 2016).*

*"Yo le pregunté a la doctora que estaba ahí y me dijo que cualquiera de las dos, que entrara mi madre, a mí me da lo mismo. A los adolescentes les da un poco más de seguridad que entre la madre. En mi caso puntual, a mí me da lo mismo porque soy yo el que va a hablar y a decir las cosas que siento" ... (entrevista adolescente masc. B., 15 años, noviembre 2015).*

*"En sí, la mayoría de las veces el médico como que te dice que entres sola. Igual, yo prefiero entrar sola" (entrevista adolescente fem. A, 17 años, febrero 2016).*

*"Vengo acompañado. A veces, en unas partes entro solo y otras cosas que yo no sé, llaman a mi madre" (entrevista adolescente masc. A., 14 años, octubre 2015).*

Algunos de los adolescentes entrevistados prefieren entrar solos porque se sienten más cómodos y se pueden expresar con mayor fluidez sobre su estado de salud.

*"Sí, prefiero entrar sola porque es más fácil. No sé me expreso mejor" (entrevista adolescente fem. E, 17 años, abril 2016).*

Aquellos adolescentes que se encuentran institucionalizados ingresan a la primera consulta con un educador más allá de su edad y en las consultas posteriores no necesariamente es así.

Es de señalar que los adolescentes no mencionan que los profesionales destinen un tiempo del abordaje de la atención al trabajo con sus adultos referentes. El equipo del ESA del Centro de Salud investigado tampoco integra en las intervenciones a los adultos que acompañan al adolescente. Se puede inferir que el marco referencial de estos técnicos integra una concepción clásica de adolescencia, centrada netamente en los cambios biológicos y/o psicológicos, no integrando la complejidad del Ser Adolescente. De esta manera se pierde la posibilidad de trabajar integralmente. Del mismo modo, que esta situación obedece a la falta de formación en abordajes integrales con adolescentes y de una dificultad de implementar intervenciones psicosociales definidas por el PNSAJ del MSP.

El 97% no alude en sus respuestas a la integración de su opinión o iniciativas en la atención con el profesional o equipo de salud. El 3% plantea que frente a una actitud activa de evacuar dudas y preguntar advierte cierta incomodidad en los profesionales.

*"a veces pregunto, capaz que molesto un poco, pero ta quiero saber. (...) Me parece que es por la atención, por la cantidad de gente que está ahí para atenderse. Y hay algunas personas que por ser salud pública tratan mal y esas cosas. Me parece que están acostumbrados a ese tipo de gente, que ponele no se, se pasan" (entrevista adolescente fem. C, 17 años, abril 2016).*

Esta situación limita la asunción de un rol activo en la atención a su salud por parte de los adolescentes, así como del despliegue de su singularidad y el desarrollo del ejercicio de derechos como usuarios.

El 97% de los adolescentes entrevistados tampoco puede dar cuenta de si los profesionales estimulan su participación o el que tengan iniciativas respecto de su salud. Si bien aluden que la fortaleza de la atención es el vínculo y el buen trato profesional no aparece asociado a una participación activa por parte de los adolescentes. No se promueve desde el profesional tratante a un intercambio activo, a una escucha de las necesidades sentidas (Bradshaw, 1972) del adolescente consultante. Los lugares en este binomio son fijos. El que sabe, tiene

el poder, la autoridad y el protagonismo es el profesional, no así el adolescente como usuario.

*“ Y bueno que te traten bien y está bueno cuando vas y te atienden. Es público y todo pero está bien. No sé como decirlo” (entrevista adolescente fem. C, 13 años, mayo 2016).*

*“E: Y ¿qué tipo de consultas has realizado?*

*A: Tipo los cambios en el cuerpo y eso ... tipo a veces que sentís picazón como que tenes que aceptar los cambios.*

*E: Es como ¿qué está dentro de lo que se espera que pase?*

*A: Sí, claro.*

*E: ¿Tú hiciste preguntas al profesional?*

*A: No, ninguna.*

*E: ¿Él te habló?*

*A: Sí, claro.*

*E: ¿La Ginecóloga solo te habló?*

*A: Sí.*

*E: Y ¿los otros médicos?*

*A: No.*

*(entrevista adolescente fem. D, 13 años, mayo 2016).*

Como se ha referido anteriormente, al no generarse la confianza necesaria los adolescentes no traen temas que les preocupen.

Como señala Unicef (2004): “Cuando se respetan y canalizan positivamente el potencial, la creatividad y las inquietudes de la adolescencia, se generan nuevas perspectivas hacia modelos sociales más justos e igualitarios” (Unicef Uruguay, 2004, pág. 19).

Uno de los integrantes del ESA investigado plantea:

*“a veces la información que se le brinda al adolescente es muy técnica. Se dispara el chip y estaría bueno plantear las cosas de otra manera” (2da observación participante de la Reunión de equipo del ESA, febrero 2016)*

Se considera que esta situación es una expresión de la RS del lugar adolescente a nivel social y de una concepción de adolescencia clásica donde se la comprende como una etapa de la vida preparatoria. En tal sentido, los adolescentes no tienen la madurez social que se requiere y por ello son incapaces de poder enfrentar a los problemas cotidianos. Desde esta mirada se dificulta reconocerlos como sujetos de derechos dentro de la sociedad y por ende, en los servicios de salud.

El que un adolescente pregunte, despliegue sus dudas o su curiosidad es vivenciado por parte del profesional como un cuestionamiento de su rol.

En cuanto a otros medios que pueden utilizar los adolescentes entrevistados para hacer llegar su opinión a los servicios de salud y a los profesionales, se identifica que los canales definidos para ello, no son aprovechados. Son muy pocos los que tienen conocimiento de los buzones de sugerencias y solo un entrevistado plantea la utilización de esta vía para hacer llegar sus dudas o inquietudes. La Oficina de Informe no la identifican como un lugar para viabilizar su opinión en cuanto a la atención a la salud o para acceder información para su atención. Se pueden plantear que son propuestas adultas que no tienen en cuenta a los adolescentes para estimar cuales son los medios de comunicación apropiados para acceder a su opinión.

Por otra parte, el 32% de los entrevistados ignora que pueden cooperar y verter sus consideraciones para adecuar la atención a su salud. Sus capacidades de colaboración estarían restringidas por desconocimiento y falta de información. El 35% sabe que puede hacer aportes pero no los realiza por una disminución personal la que lleva a que evalúen que no tendrían en cuenta su propuesta o por desconocimiento de cómo los profesionales la tomarían.

En esta relativización se puede identificar la introyección de la RS que el mundo adulto le otorga a las contribuciones de los adolescentes para la transformación y el cambio social.

*“E: ¿Crees que tus aportes y opiniones serian tomados en cuenta?”*

A: No

E: ¿No? Y ¿por qué piensas que no?

A: Y porque no son buenos, no tengo tanta cabeza para aportar algo..."  
(entrevista adolescente fem. A, 14 años, marzo 2016).

"No, bueno con 15 años no creo que mi opinión valga mucho ... no soy el presidente tampoco. (...) No, no creo, o sea porque si yo le digo algo al médico hay algunos que te lo toman bien y otros pueden decirte que tienen muchos años de carrera y hay cosas que vos no entendes de medicina". (entrevista adolescente masc. B, 15 años, noviembre 2015)

Los entrevistados que sí consideran que podrían participar, no fundamentan el por qué y no participan.

"En realidad no sé como están manejada la cosa. (...) por eso no sé si lo tomarían en cuenta. Ehhh, pero no sé, si es tipo un equipo especializado me parece que sí" (entrevista adolescente fem. C, 17 años, abril 2016)

"Puede ser, supongo ... " (entrevista adolescente fem. D, 17 años, noviembre 2015).

"A: Puede ser, capaz que sí, pero no creo.

E: ¿No crees?

A: No (se sonríe)" (entrevista adolescente fem. D, 15 años, octubre 2015).

Un 8% no alude a la participación en los centros de salud. No surge en ellos un motivo o un sentido del para qué participar en estos.

"No. Nunca lo intenté, no me lo propuse tampoco" (entrevista adolescente fem. A, 17 años, febrero 2016).

El 25% ha participado de talleres, ya que era una actividad que coincidía con su atención a su salud en el servicio. Solo un entrevistado plantea que el equipo del ESA le propuso participar de una actividad que organizaron de promoción de salud.

*E: Bien, bien. Bueno y alguna vez, intentaste hacer algún aporte acá, al centro de salud?*

*A: Sí, muchas veces intenté. No intenté, lo hice.*

*E: Ah, de qué forma?*

*A: Cuando hicieron en sala, que hubo cine, yo me, como yo vengo siempre, me dijeron si yo los podía ayudar a ordenar los bancos, darle la bienvenida a la gente que venía al cine y todo, a repartir las cosas que daban.*

*E: Bien y alguna sugerencia, por ejemplo de cambio, tú has podido aportar? ¿Sabías que podías hacer una sugerencia?*

*A: Ah si, si cuando iban a pintar los bancos (entrevista a adolescente masc. B., 14 años, diciembre 2015)*

La experiencia relatada por el adolescente entrevistado da cuenta de una participación con motivación personal de colaborar socialmente en la atención a la salud, donde se percibe un interés por el trabajo "para y por los otros". .

Sin embargo, se puede señalar que aún en la atención a la salud adolescente por parte de los servicios de salud prima una mirada adulto y tecno-céntrica que desdibuja principios básicos de la perspectiva de derechos. El lugar que se le da a la participación es muy limitada. Las propuestas en que los adolescentes participan están diagramadas por los profesionales sin tener en cuenta las opiniones o consideraciones de los adolescentes. La atención tiene que ser atravesada por el enfoque de derechos para permitir no solo que el adolescente ejerza los mismos en el marco de la atención a su salud sino que en otros ámbitos de su vida con el fin de contribuir a su desarrollo integral. Es importante generar esos encuentros.

*"... que me pareció bueno esto, que ta bueno que se incluya a la adolescencia, que dé su opinión" (entrevista adolescente masc. B, 15 años, noviembre 2015).*

*"E: Bueno, por último, ¿querés agregar algo más? ¿Hacernos alguna sugerencia, hacernos un comentario sobre la entrevista? Lo que te parezca.*

A: ¿Yo? ¿Comentarios sobre la entrevista?

E: Lo que quieras

A: Está bueno que te pregunten eso, si”

(entrevista adolescente fem. E, 15 años, febrero 2016).

“E: ¿Querés agregar algo más, hacer alguna sugerencia, cómo te sentiste en la entrevista?

A: Me sentí bien

E: Ah... ¿Qué es bien?

A: También cómodo...” (entrevista a adolescente masc. B., 14 años, diciembre 2015)

“E: No sé, si querés agregar algo...

A: No. Gracias por hacerme la entrevista y ta!...

E: ¿Te gustó la entrevista?

A: Sí...

E: ¿Y por qué te gustó?

A: Por las preguntas que me hicieron. Sí, está bueno la policlínica...

E: Tener en cuenta lo que pensás...

A: Sí, sí!

E: Bueno nosotros también te agradecemos muchísimo... (entrevista a adolescente fem. B, 13 años, abril 2016)

En cuanto a la experiencia sobre la utilización del consentimiento informado, la mayoría no lo identifican como una práctica común en su atención. Hay que aludir al consentimiento utilizado en la investigación para tomarlo de referencia para

indagar este aspecto en la entrevista. Solo una adolescente plantea que la ginecóloga le explicó oralmente un procedimiento en cuanto a una terapéutica.

*"Con esto de los anticonceptivos. Tuve que leerlo pero no tuve que firmar. (...) Me lo explicaban todo." (entrevista adolescente fem B, 17 años, marzo 2016)*

Algunos recordaban que de pequeños ante intervenciones quirúrgicas o estudios invasivos eran a sus padres a los que se les informaban sobre la intervención. Del mismo modo, hay algunos adolescentes que señalan que los profesionales les brindan información sobre salud tanto en la consulta individual como en talleres.

La información es otra dimensión del ejercicio del derecho a la salud como usuarios. En este ámbito cobra una dimensión relevante si se tiene en cuenta que la misma es el primer eslabón para la participación, la toma de decisiones autónomas y la incorporación de conocimientos sobre su salud (Rudolf, S y otros, 2009 y Arias, M y Suárez, 2016). Es importante que la información se pueda desplegar relacionadamente para que contribuya a la comprensión y apropiación de la misma por parte de los adolescentes. Como se ha señalado, es necesario que se establezca un buen vínculo que permita la confianza por parte del adolescente y se sienta habilitado para preguntar, evacuar dudas, mitos o fantasías en cuanto a ciertas temáticas. El vínculo tiene que ser horizontal sin perder la asimetría. El establecimiento de una buena comunicación que logre mayor grado de horizontalidad en beneficio del proceso de atención.

Los entrevistados asocian la información en salud con la que se puede ver y leer en cartelería o folletería en los servicios. Ésta es asociada a vivencias de confusión, de masividad y de ser poco atractiva.

Si la información no despierta interés es difícil que se genere la motivación o el deseo de incorporar nuevos aprendizajes a través de este tipo de fuente. Este aspecto también puede estar incidiendo en una actitud pasiva para plantear inquietudes asociadas a su salud y a la enfermedad en el marco de la atención en salud.

*"Entreverado de que no siempre está en el mismo lado, entonces te tenés que andar fijándote en el cartel y andar pa'riba pa 'bajo" (entrevista adolescente fem E, 17 años, comunicación personal octubre 2015).*

*"Ta, la alimentación, el tema de cuidarse por las enfermedades sexuales, y bueno ... he visto que han hablado de una enfermedad en especial, ta! ... lo del VIH y no sé si ... creo que he visto alguno de asma también y ta! me ha gustado porque han dicho cosas interesantes..." (entrevista adolescente fem D, 17 años, noviembre 2015).*

Por otra parte, la mayoría de los entrevistados creen que hay un monto elevado de información pero consideran que tendría que haber más sobre salud adolescente o del centro de salud donde consultan. De la observación participante, así como de las entrevistas, se identifica que las carteleras destinadas a información sobre salud para este grupo etario, así como la folletería tienen un sesgo asociado a una concepción de adolescencia desde un enfoque de riesgo. Se considera que la representación de poca información específica para ellos, obedece al enfoque que se le ha dado a ésta por parte de los servicios. La información desarrollada es sobre trastorno de la alimentación, violencia doméstica, VIH, sífilis, HPV, embarazo adolescente, adicciones, consumo problemático, entre otros.

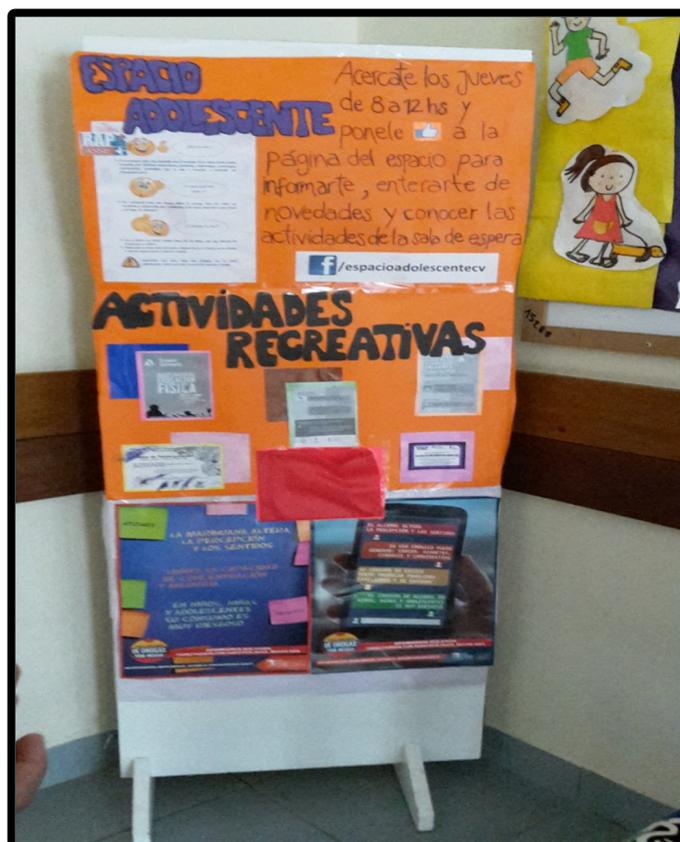
El lenguaje escrito y las imágenes utilizadas en los folletos y en carteles no son apropiados para la población objetivo. Los contenidos de estos son infatilizados o muy técnicos. El tratamiento de la información es de una adolescencia homogeneizada.

*"No para mi está perfecto eso, se indican muchas cosas que los adolescentes no saben. Por lo general, dicen que esa etapa es medio de la rebeldía y los adolescentes hacen lo que quieren y eso ... pero la publicidad me parece perfecto porque te informan de pila de cosas y los folletos también están buenos" ... (entrevista adolescente masc. B, 15 años, noviembre 2015)*

*"Acá hay información de las Madres (...) de como cuidar al bebé, las informaciones de la alimentación, eso está medio aburrido para leer" (entrevista adolescente fem. C, 17 años, abril 2016)*



Fotografía de la autora (Sala de Espera del ESA. Centro de Salud Ciudad Vieja de la RAP-ASSE, Montevideo, 2015). Archivo de la investigación.



Fotografía de la autora (Cartelería de la Sala de Espera del ESA. Centro de Salud Ciudad Vieja de la RAP-ASSE, Montevideo, 2015). Archivo de la investigación.

Asimismo el registro de otros canales de información sobre salud adolescente fuera del servicio de salud es escaso. Se mencionan a las campañas sobre salud sexual reproductiva o drogas. Las campañas masivas de comunicación pareciera no tener un gran impacto en ellos.

Solo una entrevistada expresa que tendría que haber difusión de actividades culturales y recreativas en los centros de salud como forma de divulgar información sobre salud adolescente.

*“Ah bien, igual yo le agregaría mas cosas de teatro, o algo así, de actividades que se hagan o lugares que hay actividades. (entrevista adolescente fem E, 15 años, febrero 2016).*

A esta altura del análisis se quiere enfatizar la relevancia de la información como una herramienta profesional para contribuir al autocuidado de las personas y su

empoderamiento, ya que se considera que esta herramienta no está siendo dimensionada por parte de los servicios de salud y sus profesionales. Las cartelerías, las consejerías o los espacios de consultas, así como otras formas de comunicación a través de las TIC (videos de youtube, blog, facebook, apps, etc.) no se consideran en el quehacer profesional. En cuanto a la consejería o espacios de consulta son dispositivos recomendados por la OMS e Unicef y que son integrados como un lineamiento no solo por el PNSAJ del MSP sino por otros Programas de Atención de Salud Adolescentes en América Latina (Brasil, Argentina, Chile, Perú, Colombia, entre otros). Esto último se ratifica si se tiene en cuenta que los adolescentes entrevistados señalan que el acceso a los servicios de salud se realiza a través de la consulta individual de control a su salud, lo que coincide con lo expresado por los profesionales del ESA.

Es de señalar que estudiantes de la Licenciatura de Trabajo Social de la UdelaR que desarrollaban una pasantía de formación en el centro de salud investigado abrieron un Facebook como forma de difundir actividades y propuestas del ESA. Mientras que estos estuvieron vinculados al espacio se mantuvo el mismo. Los profesionales consideraron que no era un buen mediador con los adolescentes y que no podían dedicarle tiempo para actualizarlo, por lo que dejaron de integrar información en el mismo. Esto último lleva a reflexionar en la necesidad de la inclusión de otros profesionales para contribuir en los procesos de salud positiva como pueden ser los profesionales del área social y de comunicación.

Por lo expresado se puede afirmar que los adolescentes entrevistados manejan una insuficiente información sobre sus derechos como usuarios al punto de que por momentos el servicio de salud o los profesionales vulneran los mismos con sus acciones.

*“... me caí y con el filo de una madera me abrí la pierna, entonces como vivo en frente del mismo estacionamiento de Maciel fui y más bien no me querían atender porque tenía 13 años (...) Y después mi madre fue la que insistió porque sangraba mucho y ta!, ahí me atendieron”... (entrevista adolescente fem 17 años G, febrero 2016)*

### 8.3.6 - La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde la mirada de los entrevistados

En el Centro de Salud investigado se desarrollan dos modalidades para la atención con adolescente: ESA y la consulta individual (pediátrica).

El 68% de los entrevistados alude tener conocimiento de que su atención se desarrolla en un ESA, mientras que el 32% lo ignora. En este último caso, la causa se asocia a:

- falta de información,
- primera consulta en el centro de salud ( ya sea por cambio de prestador privado a público, por disconformidad de atención en otro centro de la RAP-ASSE, pase interno de atención pediátrica al ESA , por ser el centro de referencia para ONG, INAU o Programa del MIDES) y
- desconocimiento de la atención en salud en Uruguay (extranjeros).

Los entrevistados que ignoran que su consulta se realiza en un ESA consideran que la propuesta está dirigida a adolescentes embarazadas, ya que a través de la cartelería y de constatar la presencia de las mismas en la sala de espera, interpretan que la atención es únicamente para esa población. Mientras que ellos son solo atendidos por la pediatra. Se puede identificar que la RS que surge en ellos es que para aquellas adolescentes de riesgo es necesario un equipo de especialistas, situación que no es la de ellos.

*"Acá hay información de las madres (...) de como cuidar al bebé, las informaciones de la alimentación, eso está medio aburrido para leer"*  
(entrevista adolescente fem C, 17 años, abril 2016).

Si bien el 100% alude a la consulta individual en el primer nivel de atención, esta situación puede en parte atribuirse a la estructura edilicia del centro de salud donde se desarrolla la investigación que no permite el abordaje interdisciplinar como lo señaló el Director del Centro en la entrevista realizada. Los espacios destinados para la atención son consultorios pequeños del área pediátrica donde se desarrolla la consulta por un solo profesional o a lo sumo dos. El adolescente tiene que

trasladarse de consultorio a consultorio. La consulta en ginecología u odontología se realiza en otro sector del centro por fuera del sector designado para el ESA.



Fotografía de la autora (ESA. Centro de Salud Ciudad Vieja de la RAP-ASSE, Montevideo, 2015). Archivo de la investigación.

*"E: Tenés conocimiento de hay un espacio para adolescentes?"*

*A: ¿Exclusivos para adolescentes? ¿Cómo una clínica?"*

*E: Un espacio*

*A: Como un espacio, no, que yo sepa, no. (entrevista adolescente fem. E, 17 años, abril 2016)*

*"He venido con el Hogar a talleres que dan acá y ta!" (entrevista adolescente fem. A, 18 años, octubre 2015)*

Sin embargo para los profesionales la representación de la atención brindada es interdisciplinaria.

*"Muchas veces trabajamos en dupla interdisciplinaria, o sea, entramos a la consulta y por ahí capaz que yo soy un poco más la que me muevo y que haya como un poco más esta tarea médica y psicosocial juntas y por ahí estoy con la nutricionista, la ginecóloga, o con medicina familiar, que son*

*básicamente con las que me muevo..." (entrevista a integrante del equipo ESA 1, octubre 2015)*

Se infiere que para estos adolescentes la percepción del lugar es que no hay un espacio para ellos pero no es cuestionado. Lo que hace plantear que los servicios de salud no logran adecuar la propuesta de atención para los adolescentes.

*"No sé, no me fijo en eso..." (entrevista adolescente fem. C, 18 años, marzo 2016)*

*"Más gente adulta, niños y adolescentes embarazadas... Pero capaz que se den cuenta que sos adolescente, en sí, estaría bueno"... (entrevista adolescente fem. D, 17 años, noviembre 2015)*

Un 10% de ellos también mencionan abordajes grupales con una perspectiva de promoción de salud: Taller sobre VIH en sala de espera y Taller sobre drogas.

*"A: El video que vimos en la salita.*

*E: Era acá en la sala de espera?*

*A: Sí, en el Espacio Adolescente.(...) Yo cuando vine había un montón de muchachos y muchachas y estaban pasando un video ahí sobre el VIH SIDA. Ta! Estaba bueno." (entrevista adolescente fem. D, 15 años, octubre 2015)*

*"Ah! Las charlas esas que hacen por las drogas por todas esas cosas, viste" (entrevista a adolescente fem. B, 17 años, marzo 2016)*

Los entrevistados consideran que estas temáticas son importantes para su salud. No obstante, el planteo de estos talleres se realiza desde lo que el profesional considere relevante y por la demanda institucional.

*" Yo que sé, en sala de espera o algunas instituciones han adoptado por venir acá, son los menos pero... planificamos un taller, no, eso fue una demanda de una institución (...) para hacer un taller X sobre determinada temática, y a veces vamos hacia ese lugar o a veces ellos optan por venir acá y hacemos el taller acá, pero son los menos, los menos frecuente..." (entrevista integrante del equipo del ESA 1, octubre 2015)*

Se parte de la mirada técnica de lo que se considera que puede ser un aporte para su salud. Es una actividad que aparece como excepcional para los adolescentes entrevistados y que estos se integran si coincide con su consulta en el ESA o si son parte de la institución que demanda los talleres.

*E: ¿ Cómo se los convoca?, Cómo se enteran??*

*P: Depende de que .... por ejemplo a ver.....*

*E: ¿Si fuera un taller que van a realizar?*

*P: Claro lo que pasa es que ese taller en general, es coordinado... primero surge la demanda de la institución, lo más frecuente es eso...Entonces te llama el liceo o el centro juvenil, mira tenemos un interés en tal temática, uno ve de qué tema se trata y que técnicos participarían, no todos... Yo tengo unos horarios, horas disponibles para hacer promoción, prevención en salud. Y este tipo de trabajo no todo los técnicos tienen un horario para planificar para querer hacer un taller y evaluar. Entonces, a veces soy yo la que busco como ese técnico que pueda encontrar un hueco para poder hacer ese taller, todo un tema a veces...*

*E: Claro..*

*P: La idea, es que ahora en más eso, se pueda prever, que todo los técnicos que quieran y les guste participar en tareas de promoción, tengan como un tiempo disponible para eso..Yo tengo la obligación de... yo no puedo decir no, no tengo ganas, no quiero, no , los otros técnicos si pueden no querer... (entrevista integrante del equipo del ESA 1, octubre 2015)*

En esta última cita nos lleva a pensar que no solo el desconocimiento de la normativa vigente sobre el SNIS, o de las características del trabajo en el primer nivel de atención son las que están incidiendo en la dificultad de desarrollar prácticas de atención en salud integrales. Las propuestas no se establecen por voluntad personal. Se considera que aún permanece a nivel social, una concepción reduccionista de la salud, la que es expresada por los profesionales, que dificultan el avance del cambio de modelo propuesto por el SNIS.

Un campo de indagación fue el cómo debería ser la atención a la salud adolescente. Frente a esto, algunos no sabían que proponer, sin embargo, aquellos

entrevistados que si pudieron expresar su opinión, plantearon en primer lugar, que tanto los profesionales como los funcionarios administrativos deberían poseer capacidad de diálogo, de escucha y un buen trato.

*" Lo principal sería la buena disposición de la gente para las adolescentes. Es difícil hablar de cosas. Porque tu hablas y te miran con cara seria, con cara de, no me importa lo que estás hablando, no te da la confianza como para contarle todo, lo que deberían saber". (entrevista adolescente fem. E, 17 años, abril 2016)*

*"He ido a lugares donde te explican como son las cosas y te dan consejos y eso... y ta! Si las tomas en cuenta, funcionan..."(entrevista a adolescente fem. A., 14 años, marzo 2016)*

*"Que te atiendan bien, o sea que te expliquen las cosas, te mandan enseguida, si tienes algún problema te mandan ..." (entrevista a adolescente fem. A., 18 años, octubre 2015)*

*"Qué debería tener... y ... o sea, yo creo que los médicos tienen que saber entendernos, explicarnos... o sea, explicarnos de buena manera y bien las cosas para que nos queden claras y no sé, es más bien la atención. Yo lo veo todo por la atención, por como te tratan." (entrevista adolescente femenina B, 18 años, marzo 2016)*

*"No sé, hay cosas que los adolescentes... no soy solo yo, tengo muchos amigos, amigas de mi edad y ta!, como que los adolescentes en sí somos muy cerrados y como que no tengo paciencia. O sea, les decís las cosas y te dicen acá es un médico y si les preguntás, ta! No es que te de vergüenza pero ta! Tienen que entenderte. Todo el mundo pasó por esta edad creo." (entrevista a adolescente fem., B, 15 años, mayo 2016)*

Aluden que los profesionales que tendría que ser parte de un equipo de atención para esta franja etaria serían: ginecólogo, medicina general y psicólogos. Consideran que este último permitiría consultar sobre temas que habitualmente no consultan como por ejemplo, sexualidad, drogas, problemas personales, etc.

Algunos de ellos hacen énfasis en que este espacio tendría que ser un espacio solo para adolescentes y que el equipo profesional tendría que estar conformado por profesionales jóvenes, próximos a su edad, o que tengan hijos.

*"... tal vez para mí no, pero capaz para otros chicos se sientan más cómodos con gente más joven puede ser, a mí no me molesta pero creo que eso (...) yo ya los conozco desde hace tiempo, por lo menos la doctora que me atiende ahí en medicina general desde chica" ... (entrevista adolescente fem , 17 años D, noviembre 2015)*

*"... los psicólogos que puedan haber más porque a veces los adolescentes tienen muchos problemas familiares y todo, poder descargarse un poco y hablar con Uds. Eso, estaría bien, que haya más personal de psicología." (entrevista adolescente masculino B, 15 años, noviembre 2015)*

"Y, nunca o casi nunca he ido a uno pero personas que hayan tenido experiencia con adolescentes, que tengan hijos adolescentes y que sepan tratarlos" (entrevista adolescente masculino A, 18 años, diciembre 2015)

Asimismo debería ser un espacio que contara con wifi, música, revistas con temas de interés adolescente o una televisión. En los casos que aludieron que algunas salas de esperas cuentan con TV la programación seleccionada no es adecuada para ellos (Dibujos animados, "Programa de chismes o noticieros"). Del mismo modo, se enfatiza que este espacio debería contar con información adecuada para ellos.

*"Tener más información, que no sea, porque ahí hay muchas letras, más imágenes (...) Está bueno pero, lo ves así, más mejor es verlo con más imágenes, no leer tanto. (entrevista adolescente fem. D, 15 años, octubre 2015)*

*" algo para leer, para la espera. (...) capaz sobre uso de cosméticas, algo de deporte, grupos de música, vida más natural..." (entrevista adolescente fem.C, 17 años, abril 2016)*

Algunos de los entrevistados valoran que el profesional sea una fuente de información y que la misma sea proporcionada de forma creativa y no convencional.

*"Una vez, el año pasado por un día, creo que fue el de la Mujer había una especie de teatro. No sé, lo que hicieron y también estuvo bueno e informativo. (...) Era como que cada uno pasaba, contaba su experiencia, así medio gracioso. Era informativo y todavía te daban folletos. (...) Fue toda una*

*sorpresa... simpáticos porque no es mala onda ni muy formal.(...) interactuar más con los que están ahí (alude a sala de espera), el que venía le iba preguntando a cada uno ..."* (entrevista adolescente fem. C, 17 años, abril 2016)

Se vuelve a señalar la necesidad de cortar los tiempos de la espera de ser atendidos.

*"A: Venis a las 8 hs y fijate son las 10 hs. De vez en cuando me aburro un poco, porque está bueno con todo pero de vez en cuando te aburre estar ahí sentado.*

*E: ¿Y es mucho tiempo de espera lo que tenes?*

*A: Y la mayoría de las veces sí. Pasas casi toda la mañana y ese es el recuerdo que tenes capaz. No sé, que por lo menos pusieran una tele. Por lo menos ves las noticias o entretenerte un rato...."* (entrevista adolescente masc. A, 15 años, mayo 2016)

Una sola entrevistada plantea a youtube como una forma de acceder información en salud y tenerlo como soporte para trabajar con adolescentes.

*"Vi un video en youtube que estaba hablando de la igualdad y esas cosas, no sé, opino que está bien. (...) Lo de que una mujer tenga el mismo derecho que un hombre y las tareas no se tienen que pagar menos (...) porque por ejemplo el hombre sea más fuerte (...) la mujer si hace las mismas horas y el mismo trabajo, tiene que recibir lo mismo."* (entrevista adolescente fem. C, 17 años, abril 2016)

## 9 - CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

La investigación tuvo como objetivo general producir conocimientos sobre las RS de adolescentes entre 12 y 18 años de ambos sexos acerca de la atención a la salud que los servicios de salud de Montevideo, Uruguay diagraman para ellos.

En referencia a las preguntas que la investigación pretendió dar respuesta y desde la perspectiva de las categorías de análisis construidas se puede concluir que existe una relación en el modo de uso de los servicios de salud de los adolescentes entrevistados con algunas de las conclusiones que arriban diferentes estudios nacionales e internacionales (Rossi, 2014, Guida – Amorín, 2008; Benedet – Ramos, 2009; Klein et al., 1998; Ziv et al., 1999, citados por Dos Santos Palazzo, Umberto Béria y Tomas, 2003). Las adolescentes son las que utilizan mayormente a los mismos. Del total de las entrevistas realizadas a adolescentes el 68% fueron adolescentes mujeres. Se identifica una desigualdad en las propuestas de atención que los servicios de salud diagraman para esta población como lo plantean Amorín y Guida (2008), Benedet y Ramos (2009) y Rossi (2014). Si bien se ha buscado generar propuestas integrales para la atención adolescente, la condición reproductiva es uno de los ejes estructurantes de la atención a la salud de los adolescentes, perpetuando el enfoque materno - infantil. Hay una tendencia de homologar la atención a la salud adolescente con la atención a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Como señala Unicef Colombia (2013) los SSAAJ se constituyen en un medio para satisfacer las necesidades de información y servicios clínicos en el área de salud sexual y reproductiva con el fin de prevenir el embarazo y de las ITS/VIH.

Se pudo constatar que a partir de los 15 años la salud sexual reproductiva se convierte en el mayor motivo de consulta por lo cuales acuden las adolescentes a los servicios de salud.

Es de señalar que no se coincide con la conclusión que plantean estos estudios internacionales sobre el por qué los adolescentes no tienen como referencia a los servicios para apoyo de su crecimiento y desarrollo (Klein et al., 1998; Ziv et al.,

1999, citados por Dos Santos Palazzo, Umberto Béria y Tomas, 2003), centrándolo en el desinterés de los mismos. Las entrevistas realizadas a los adolescentes así como a los informantes calificados dan cuenta que la dimensión organizacional de la atención, el predominio de un enfoque de riesgo, curativo e individual en los abordajes y la RS de la concepción de adolescencia en la sociedad son las principales causas de que no se produzca una mayor afluencia de los adolescentes a los servicios y no su desinterés. La atención a la salud de este grupo etario está organizada desde el paradigma individual restrictivo (Saforcada, 1999); lo que desfavorece el despliegue de motivos de consultas psicosociales. En tal sentido, no es de extrañar que el motivo de consulta con mayor prevalencia sea el control de su salud y la vigencia del CSA; los que son requisitos imprescindibles para realizar estudios secundarios. Los servicios desarrollan de forma insuficiente propuestas de prevención, de promoción de salud u otros abordajes que involucren a su población destinataria en su diseño y en la planificación. Ésta última observación, no coincide con los lineamientos definidos para la adopción de un modelo de atención integral (IDISU, 212; MSP, 2009; Ministerio de Salud de Perú, 2007; UNICEF, 2006 y OPS, 2000). Las prácticas son diagramadas desde una mirada adultocéntrica y técnica, la que no integra el punto de vista de los adolescentes, sus necesidades, la heterogeneidad que los caracteriza, así como la condición socio económica, el nivel cultural, la procedencia, la variable étnico – racial y el género, entre otras. En este aspecto, se puede plantear que el estudio da cuenta de una coincidencia en el desarrollo de prácticas de atención con las que se describen en servicios de salud para esta franja etaria en la región (Unicef Colombia, 2015; Krauskopf, 2010; Instituto Chileno de Medicina Reproductiva con apoyo de FPNU, 2005 y la OPS- FPNU, 2000).

Por otra parte, se puede caracterizar a los adolescentes entrevistados como un grupo heterogéneo en cuanto a su procedencia, por su nivel socio-cultural, económico, educativo con problemas de salud que puede abordarse casi exclusivamente en el primer nivel de atención. La implementación de abordajes integrales y educación para la salud pueden contribuir a la adquisición o fortalecimientos de hábitos saludables para el cuidado continuo. Sin embargo, resultó significativo como los diferentes integrantes del ESA rechazaron la descripción de la población del estudio en diferentes instancias de intercambio. Se constató una distancia significativa entre los motivos de consulta que estos adolescentes plantearon con los expresa-

dos por los profesionales. Estos últimos tienen una mirada homogeneizante de los usuarios adolescentes, la que excluye la diversidad. Se entiende que esta percepción de mayor precariedad y patologización de la situación de salud de los adolescentes que consultan en el servicio obedece, como lo señala Krauskopf (2010), a la RS del lugar que ocupa los adolescentes y jóvenes en nuestra sociedad. Esta brecha se la puede interpretar como una expresión del enfoque de la atención: curativo y de riesgo. El equipo profesional no cuenta con una sistematización de los motivos de consulta de los adolescentes. Se basa en la empiria de su trabajo. En la casuística de la clínica individual, no hay mirada social, ni colectiva. El registro subjetivo que mayor impacto tiene de su experiencia profesional son las consultas de adolescentes en situación de vulnerabilidad y riesgo social. Esto obtura la mirada integral y positiva del adolescente.

Asimismo los adolescentes entrevistados dan cuenta de que también son portadores de estereotipos culturales en cuanto a la concepción de modelo de atención en salud, lo que determina la forma de uso y de vincularse con los mismos. La RS que poseen sobre esta condice con el MMH (Menéndez, 1985) que se sustenta en el paradigma individual restrictivo (Saforcada, 1999). Para estos la finalidad de los servicios de salud es el curativo y reconstitutivo de la salud perdida. Las dolencias asociadas al cuerpo son las que tienen mayor jerarquía para iniciar el proceso de atención, desvalorizándose los aspectos psico-sociales. La concepción subyacente de salud es biologicista. Es de señalar que valoran la consulta individual cuando se da en un marco de escucha por parte del profesional.

Se desprende del discurso de los adolescentes entrevistados que la RS del control social, la promoción del orden y prevención de “problemáticas sociales” se encuentran internalizada también en ellos. La medicalización y el disciplinamiento (Barrán 1993 b, y Portillo, 1995) se encuentran arraigados en nuestra sociedad como procesos homogenizantes y dificultan el cambio de paradigma de atención a la salud integral.

Los entrevistados coinciden que una gran fortaleza para la atención a la salud de ellos, debería ser el establecimiento de un buen vínculo con los profesionales y funcionarios de apoyo a la atención del servicio de salud. Como se expresó anteriormente, un buen vínculo es la puerta de entrada para que los adolescentes puedan tomar a los profesionales como referentes en el autocuidado y en la

posibilidad de diagramar junto a ellos, abordajes de prevención de enfermedades y promoción de salud.

Las representaciones que se expresan de la narrativa de los entrevistados dan cuenta que los servicios no logran captar a los adolescentes sanos más allá del control de salud. A excepción de los adolescentes que la atención se canaliza a través de instituciones gubernamentales u ONG, el vínculo se mantiene por la interinstitucionalidad. Partiendo del aporte de Cirello (1994) se entiende que los servicios de salud al igual que otras instituciones que trabajan con adolescentes toman a esta población como receptor u objeto de asistencia. Aspecto no menor, ya que limita el desarrollo de un enfoque integral y de derechos de la atención brindada. Se detecta que los servicios de salud adolescente no desarrollan suficientemente prácticas con una concepción de salud positiva, del cuidado continuo a lo largo de la vida, así como tampoco llevan a cabo la gestión de casos en el proceso de atención a la salud. Del mismo modo, surge el desconocimiento de las pautas establecidas por el PNSAJ del MSP del Uruguay en la forma de acceder el adolescente a la consulta. Los usuarios entrevistados señalan diferentes dificultades que incide en el acceso a su atención: la demora en la atención, la espera y la falta de empatía por parte de los profesionales y funcionarios. La dimensión organizacional de la atención genera obstáculos en la accesibilidad de los adolescentes a la misma, vulnerando sus derechos. De las entrevistas surge la necesidad de la formación de los funcionarios administrativos para la mejora de la calidad de la atención a su salud. Del mismo modo, estos perciben la falta de involucramiento en el proceso de atención generando una cosificación del relacionamiento. Por otra parte valoran no solo la formación profesional en la relación asistencial sino la proximidad etaria de los técnicos o la experiencia personal asociada a ser padres de hijos adolescentes como características relevantes para la empatía y la escucha de sus necesidades. Si bien se entiende que son elementos subjetivos que contribuyen al establecimiento de un buen rapport en la consulta, no son aspectos suficientes sino se acompaña de una formación sólida en cuanto al modelo de atención integral.

Se identifica que los servicios de salud no parten de las necesidades sentidas y de atención en salud (Bedregal y otros; 2002 y Bradshaw, 1972) de los adolescentes para el desarrollo de buenas prácticas. Son las las necesidades normativas definidas por el PNSAJ las que matizan la atención. Un estudio anterior a este (Arias, M. y Suárez, Z., 2016) permitió dejar en evidencia que los intereses personales de

los profesionales y los trayectos formativos de estos - sobretodo desde el enfoque de riesgo – son los que organizan la atención. Lo que se vuelve a confirmar en este estudio.

La caracterización de las necesidades sentidas (Bradshaw, 1972) de los entrevistados fue el aspecto de mayor dificultad en la investigación pero se considera un aporte del estudio. Las mismas no son expresadas directamente por los entrevistados sino que se requirió de la inferencia para poder reconocerlas. Como se señaló, son muy pocos los que pueden expresar lo que entienden necesario para su salud y para su atención. Se considera que esta situación se relaciona con el carácter novedoso que tiene la atención a la salud de los adolescentes para estos. El PN-SAJ del MSP (2011) tiene como uno de los principios orientadores la participación social de los usuarios del sistema. Su experiencia con los servicios de salud desde esta perspectiva es incipiente. Asimismo son escasas las experiencias de reflexión que brinda el sistema sobre su estado de salud y sus necesidades. No se identificó en los entrevistados la valoración de la relevancia de tener un papel protagónico en su salud como lo señala Unicef (2006) e IDISU (2012). Es por ello que es importante el lugar de los adultos, y en este caso del profesional de la salud, para contribuir al desarrollo de habilidades comunicacionales en la atención. Los técnicos deberían propiciar y ser un mediador de los procesos cognitivos y emocionales de los adolescentes para alcanzar otros niveles mayores de complejidad y contribuir a la adecuación de la atención a sus necesidades. Se constata una verticalidad en el vínculo que se establece entre los servicios de salud/profesionales y los adolescentes, que dificulta el despliegue de la colaboración y la participación. La RS que subyace es una concepción de adolescencia como etapa de la vida que hay que preparar, sin integrar el proceso madurativo de sus capacidades (autonomía progresiva) y la necesidad de apoyo del adulto para el crecimiento. El estudio pudo clasificar algunas de las necesidades sentidas y de atención (Bradshaw, 1972) de los adolescentes entrevistados: Información sobre salud (48%); Autocuidado (48%), Ocio (12%), Felicidad (4%) y Afecto (4%).

La necesidad sentida de adquirir información (Gallardo Pérez, Pérez Piñero y Fariñas Reinoso, 2002) para el autocuidado cobra fuerza en los entrevistados. Especialmente, sobre temas que son relevantes a la etapa que están transitando. Ej. relaciones sexuales seguras. Los entrevistados no identifican claramente el aporte

de los servicios en su estado de salud, en cuanto a la adquisición o fortalecimiento de capacidades, hábitos saludables, conductas de autocuidado, empoderamiento, etc. Las necesidades sentidas como ocio, felicidad y afecto no se las asocia como necesidades que puedan ser fortalecidas o promovidas por el sector salud sino que queda en el plano de lo personal.

En la misma línea de lo anterior, las mínimas experiencias de participación que los adolescentes tienen en los servicios de salud hacen que no se exprese comportamientos proactivos. Se identifica que algunas causas de las dificultades para el ejercicio de la participación de los adolescentes son: desconocimiento de sus derechos como usuarios y dentro de estos el integrar sus aportes para adecuar la atención a su salud, la desvalorización de su persona para contribuir a un cambio social, la valorización del saber profesional, la incomodidad que genera en el profesional una actitud activa del adolescente en la consulta y el sin sentido de la participación social en el centro de salud. Se entiende que en este obstáculo, subyace la introyección de la RS de subestimación que el mundo adulto le otorga a las contribuciones de los adolescentes a la transformación social como señala Krauskopf (2010).

La participación como derecho facilitador permite crear herramientas para la estimulación del desarrollo humano y la protección integral del adolescente. Se coincide con Bartaburu (2012) que como proceso genera el desarrollo de toma conciencia de sí para el ejercicio de sus derechos. La autonomía, la capacidad de enseñar, la responsabilidad, la identidad social, la creatividad, la imaginación y la comunicación pueden ser vehiculizadas a través de la participación como un proceso hacia el desarrollo humano. En otras palabras, al ejercicio pleno del derecho a la salud. Como señala Morlachetti (2008), la expresión del ejercicio de este derecho será el ejercicio de todos los derechos (sociales, civiles, políticos, económicos y culturales) y de las libertades fundamentales por parte de las personas en diferentes ámbitos de su cotidianeidad. La atención tiene que ser atravesada por el enfoque de derechos para contribuir a su desarrollo humano y permitir, no solo que el adolescente ejerza sus derechos en el marco de la atención a su salud, sino en otros ámbitos de su vida. Es necesario como señala Acevedo (2003) el desarrollo de un proceso de preparación para que se produzca su participación y ejercicio efectivo. Se requiere de espacios que otorguen la oportunidad de constituirse en sujetos de derechos.

En función a lo expuesto, se puede concluir que hay un desencuentro entre lo que promulga el PNSAJ del MSP (2011) y los prestadores de salud adolescentes.

“Devolver el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades” (Saforcada, De Lellis, y Mozobancyk, 2010, pág 57) .

Se entiende que este desencuentro es una expresión de las desigualdades sociales y el escaso poder que poseen los adolescentes y los jóvenes en la sociedad uruguaya que mantiene características conservadoras y patriarcales.

Si bien se identifica en los entrevistados un grado significativo de desconocimiento de sus derechos como usuarios del sistema de salud, el derecho mejor identificado es el derecho a entrar a la consulta solo. En algunos casos, la integración de las opiniones de los adolescentes en la consulta, es decir, el preguntar y evacuar dudas, generan incomodidad por parte de los profesionales. Se vivencia como un cuestionamiento a la autoridad y el adolescente lo percibe. Es necesario cambios en el modelo de relación adulto – adolescente como lo señala Bustelo (2007), ya que de esta manera se coarta la expresión de su derecho a la libertad, de integrar su opinión y su conocimiento en la atención, los que tendrán un peso decisivo en dicho proceso. Es clave que los profesionales de la salud puedan responder con sensibilidad y sin prejuicios a las preocupaciones de los adolescentes.

Del mismo modo, de los relatos expresados se puede constatar una desvalorización del conocimiento que puede tener el adolescente de su salud, de su cuerpo y de sus necesidades. La asimetría del poder se juega y el saber médico es el que configura la atención.

La información es el primer eslabón del ejercicio de derechos en la atención a la salud (Arias y Suárez, 2016 y Arias, Ramos y Suárez, 2009). El uso del consentimiento informado es casi nulo en la atención con adolescentes. La información como herramienta para el trabajo de la prevención y promoción de salud no parece ser valorizada por los profesionales o por los servicios de salud. Los adolescentes aluden a un exceso de información que produce en ellos indiscriminación de la misma. Por otra parte, de la observación participante y de las entrevistas con los técnicos se pudo constatar la utilización de un lenguaje técnico, imágenes infantilizadas o adultas para brindar información a los usuarios

adolescentes. Esto conlleva a una desestimación por parte de los destinatarios. Por lo explicitado, se concluye que la forma de desarrollar contenidos informativos sobre diferentes aspectos de la prevención de enfermedades, el autocuidado y de la atención no escapa de la mirada adulto-tecnocéntrica. Esto afecta a su calidad. Será necesario un cambio en la forma de trabajar con la información que requiere la integración de otros profesionales del área social y de la comunicación, si se quiere que los adolescentes tengan a los servicios como referentes para su crecimiento y cuidado en salud. Sobretudo, si se toma lo expresado por Unicef (2006) en cuanto a servicios de salud amigables y accesibles para este grupo etario.

Otro elemento que se surge de las entrevistas es la no integración de los adultos referentes y/o familias en las intervenciones; situación que se pudo constatar en el centro de salud estudiado. El equipo del ESA no realiza intervenciones con los adultos que acompañan al adolescente. Abordar la salud adolescente desde una perspectiva integral obliga involucrar a la familia, al soporte social existente, desarrollar propuestas de atención no solo en el centro de salud sino también en los ámbitos donde estos habitan, estudian, trabajan o se recrean (OPS, 2000 y Arias y Suárez, 2016). Se tiene que promover, como lo señala Unicef Uruguay e IDISU (2012) e Unicef (2006), la integración de su opinión en sus respectivas familias, en otros ámbitos donde se desarrolla su cotidianeidad y en los propios servicios de atención o a nivel de políticas públicas.

Como se expresó anteriormente las RS vinculadas al MMH (Menéndez, 1985), el lugar que el adolescente ocupa en nuestra sociedad y la formación profesional son las que van configurando la atención adolescente. Estas variables también determinan las dificultades que se presentan para el desarrollo del modelo de atención integral a la salud. Se reafirma lo que se ha concluido en estudios anteriores (Arias, Ramos y Suárez, 2009; Rudolf, 2013; Arias y Suárez, 2016) que la formación profesional sustentada en una formación biomédica que no integra los determinantes sociales de la salud que afectan el bienestar de la población, dificulta o inhibe el desarrollo de prácticas integrales desde un enfoque de derechos. Se infiere que detrás de las prácticas que se realizan con adolescentes hay una concepción clásica de adolescencia, centrada netamente en los cambios biológicos y/o psicológicos, no pudiendo integrar la complejidad del Ser Adolescente.

Como se ha descrito, el ESA ha sido propuesto por el PNSAJ del Uruguay como el espacio privilegiado para la atención integral del adolescente. La definición del mismo permite ubicar al adolescente como usuario del servicio de salud con necesidades e intereses específicos (Arias, M y Suárez, Z, 2016). Fue significativo que varios de los entrevistados no se reconozcan como usuarios del mismo. Expresan no saber que hay una propuesta específica para la atención de la salud adolescente. Surge de sus impresiones que el ESA es un dispositivo dirigido a adolescentes en situación de riesgo como son las adolescentes embarazadas y adictos. Esta representación se nutre de la información que se plasma a través de la cartelería y de constatar la presencia en la sala de espera de los mismos. Para los entrevistados, son los adolescentes en situación de riesgo los que requieren un equipo de especialistas para controlarlos. Esta representación no se aleja de la proposición originaria del ESA (MIDES – Infamilia, 2006). Se entiende que las prácticas profesionales mantienen arraigada la propuesta original que tenía como población objetivo los adolescentes en riesgo social y para la prevención del embarazo adolescente (MIDES – Infamilia, 2006). Como señala Krauskopf (2016), los programas que tienden a una propuesta biomédica logran visibilizar solo las manifestaciones preocupantes para el acontecer social. La prevención y atención se organiza para la eliminación de los problemas que ha definido la sociedad que hay que controlar y no al servicio de la salud de los grupos de adolescentes. En el caso de estos entrevistados, la atención a su salud se realiza a través de la consulta individual con un pediatra y es una situación que no les genera conflicto, ni cuestionamientos. Se puede hipotetizar que dicha situación es expresión de una forma de mantenerse alejados de la RS de “peligrosidad” que envuelve a la adolescencia. La consulta pediátrica sostiene la ilusión de la continuidad en ellos de una infancia idealizada que los protege. Por otro parte, esto se refuerza a través de la estructura edilicia, ya que los espacios que se destinan para la atención adolescente son el sector de ginecología y el pediátrico. Por lo expuesto se puede concluir que para estos, no hay un espacio de atención específica para su rango etario. Esto cobra mayor fuerza cuando se indaga sobre cómo debería ser la atención de su salud. Los entrevistados que expresan su opinión al respecto, aluden a lineamientos que han sido definidos por el PNSAJ del MSP con una perspectiva integral.

Para finalizar se plantea algunas recomendaciones con el fin de contribuir a la mejora de la atención a la salud de los adolescentes:

La creación del SNIS dejó explícito las desigualdades e inequidades que existen en materia de salud para diferentes integrantes de la sociedad uruguaya y dentro de ellos, de los adolescentes. Tanto los adolescentes entrevistados, los profesionales de la salud y otros recursos humanos del sistema de salud, dejan entrever el peso que posee en nuestra sociedad la mirada reduccionista del campo de la salud, la que lo homologa al campo médico. Esta RS se encuentra arraigada y obstaculiza el desarrollo de modelo de atención integral. En tal sentido se requiere de cambios estructurales para lograr un cambio político y social que permitan transformaciones profundas asociadas a los lugares de poder y el ejercicio de derechos. El campo de la salud no es ajeno a dicha situación.

Es necesario que la formación universitaria de grado como del pos grado del Área Salud y Social de la UdelaR fortalezcan la formación teórica interdisciplinar en cuanto al modelo de atención integral a la salud, el enfoque de derechos, los determinantes sociales de la salud, la accesibilidad, concepción de adolescencia/s desde el paradigma de la complejidad, entre otros. Esto requiere una articulación y una aplicación de los contenidos a nivel práctico a lo largo de la formación universitaria profesional. En el entendido que facilitaría la comprensión integral del cambio de modelo de atención que busca desarrollar el SNIS y la contribución profesional al derecho de la salud como bien público. Es clave la adquisición de competencias técnico – profesionales para el trabajo en el primer nivel de atención y el desarrollo de abordajes integrales que superen el mero conocimiento teórico. A pesar de los esfuerzos de los diferentes servicios universitarios en adecuar sus planes de estudio y acompañar los cambios sociales y del sistema de salud, no se ha logrado la adquisición de competencias interprofesionales en sus egresados. Por lo que se entiende relevante integrar los contenidos anteriormente mencionados a nivel grado y posgrado que favorezcan propuestas de naturaleza inter y multiprofesional.

Atendiendo a estos planteos, será una condición sine qua non promover un intercambio a nivel de las autoridades del PNSAJ del MSP que permita hacer presentar los hallazgos del estudio, la perspectiva de los adolescentes en cuanto a su atención en salud, el lugar de los servicios en la contribución a su autocuidado,

entre otros. El fin será el de contribuir a trazar líneas de acción que permita mayores grados de adecuación de la atención a su salud de este grupo etario.

Es imprescindible que la dimensión organizacional de la atención sea considerada y evaluada. La misma requiere de ajustes, ya que por momentos vulnera el derecho a la salud de los adolescentes y produce barreras en el acceso de la atención.

En tal sentido, será primordial la capacitación continua tanto en los equipos profesionales como de otros recursos humanos del centro de salud (funcionarios administrativos, porteros, auxiliares, etc). La misma debe integrar aspectos normativos que rigen a la política pública en salud vigente, el derecho a la salud como bien colectivo, los determinantes sociales de la salud, el desarrollo de buenas prácticas en el marco del modelo de atención integral desde un enfoque de derechos, la participación adolescente, la accesibilidad, concepción de adolescencias, el papel de la información etc.

Se requiere de funcionarios y profesionales que puedan apropiarse del lugar que poseen en el proceso de atención, que desarrollen habilidades comunicacionales que les permitan interactuar con los adolescentes y que sean conscientes del impacto de su quehacer en el ejercicio de derechos de los adolescentes en el ámbito de la salud.

Es sustancial que los profesionales puedan identificar las necesidades sentidas y de atención (Bradshaw, 1972) de los adolescentes para desarrollar prácticas desde una concepción de cuidado continuo a lo largo de la vida, así como de la gestión de casos en el proceso de atención a la salud integral de este grupo etéreo. Para ello será importante que integren la sistematización de la información de los usuarios y que partan de ella para diagramar la atención. Del mismo modo, el que puedan integrar a la información como herramienta de trabajo en las intervenciones psicosociales con adolescentes. Se tiene que priorizar el desarrollo de la consejería y de los espacios de consultas más allá de la atención de la salud sexual y reproductiva y la consulta clínica. Del mismo modo la integración del uso de las TIC (videos de youtube, blog, facebook, apps, etc.), las que son resistidas por los profesionales. En tal sentido, será necesario reforzar la presencia y/o integrar otros profesionales que provengan del área social y comunicacional. De esta manera sus

aportes también impactarían en la mejora de la comunicación con los adolescentes, en la alfabetización en salud y en la calidad de la información.

Es de crucial importancia que los profesionales capten a los adolescentes que no poseen indicadores de riesgo y que puedan trabajar en conjunto en el diseño de propuestas que permitan contribuir al cuidado de la misma a lo largo de la vida, así como contribuir en su proceso de autonomía. En tal sentido, habilitar y promover la figura de promotor de salud del adolescente puede ser una experiencia con un potencial que no debería desestimarse. La experiencia de “promotores de salud” que posee larga data en Uruguay, da cuenta del impacto positivo que posee tanto en el que ejerce el rol de promotor como en el par que adquiere información para la adquisición de conocimientos en salud. Para ello, es clave el trabajo con los adolescentes sobre sus derechos como usuarios y el derecho a la salud. Esto permitiría un mayor grado de expresión de la participación y el aporte de los servicios a su salud. Del mismo modo, se entiende necesario que las prácticas de salud de los servicios integren el trabajo con las familias y figuras significativas del adolescente. Requerirá no solo de abordajes a nivel del centro de salud sino a nivel comunitario y de campañas masivas de comunicación.

La formación de los profesionales así como de los funcionarios tendrá que ir acompañada de talleres donde se pueda abordar la construcción de equipo, la integración de diferentes saberes, el trabajo interdisciplinar y los aspectos psico-socio-culturales en la relación asistencial, entre otros.

Por último, se entiende importante continuar profundizando en los hallazgos con el equipo de profesionales que trabajan en el centro de salud donde se desarrolló el estudio. Si bien se realizaron a lo largo de la experiencia de campo, avances de resultados preliminares, se considera que hay que profundizar en estos para impactar en las prácticas de atención a la salud de los usuarios adolescentes, ya que fue un interés del equipo del ESA que los aportes que brindara la investigación pudieran ser insumos para la mejora de la calidad de la atención.  
(VER ANEXOS)

## 10 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo, M. (2003). El Aprendizaje Ciudadano: Desafío Ineludible en la Consolidación del Sistema Democrático. En: Aquín, N. (comp.) *Ensayos sobre Ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social*. (pp. 153 – 168) Buenos Aires: Espacio Editorial.

Álvarez, L. Y. (2006). Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Florida blanca. *MedUnab* 9 (3), 211-220). Recuperado de: [http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path\[\]=137&path\[\]=122](http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path[]=137&path[]=122)

Amorín, D. y Güida, C. (2008). *El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la Violencia Basada en Género, en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay*” Montevideo: Ministerio de Salud Pública.

Amorín, D; Carril, E. y Varela, C.(2006): Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo. En: López, A. (Coord.) (2006). *Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población*. Vol. 1, (pp. 125 - 246) Montevideo: Trilce

Arias, M y Suárez, Z (2016). La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos. Montevideo: Ediciones Universitarias, UCUR- UdelaR.

- Arias, M. ; Ramos, F. y Suárez, Z. (2009). La Accesibilidad en tiempos de reforma. ¿La psicología aporta? En: Rudolf, S. y otros (2009). *El sistema de salud y la construcción de ciudadanía. Aportes de la Psicología para pensar algunos elementos de la reforma del sistema de salud.* (pp. 113 - 141) Montevideo: Fin de Siglo.
- Banch, M (2000) Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. Peer Reviewed Online Journal. Textes sur les représentations sociales. Vol. 9 (pp. 3.1 - 3.15). Recuperado de: [www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2000/9\\_3Banch.pdf](http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2000/9_3Banch.pdf)
- Barrán, J. (1993 a). Pubertad y Adolescencia, una visión histórica uruguaya: del ochocientos al novecientos. En: *La Adolescencia* (pp 49 - 82) . Montevideo: Banda Oriental.
- Barrán, J. (1993 b ). La medicalización de la sociedad. Montevideo: Nordan.
- Bedregal P. y otros (2002). Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Revista médica de Chile*, 130 (11), 1287-1294. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872002001100013&lng=es&tling=es.10.4067/S0034-98872002001100013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872002001100013&lng=es&tling=es.10.4067/S0034-98872002001100013).
- Benedet L. y Ramos, V. (2009). *Mujeres y varones adolescentes en situación de embarazo en los servicios de salud.* Montevideo: CSIC-UdelaR

- Boglacino, V. (2015). *Mujeres y HPV: significados, reacciones emocionales y prácticas de (auto) cuidado en salud*. (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología. Montevideo: UdelaR: Recuperado de:  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/5476/1/Bogliacino%2c%20Vanesa.pdf>
- Boltanski L. (1975) *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia
- Bourdieu, P. (1998). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Siglo XXI.
- Burak, S. (1999). Protección, riesgo y vulnerabilidad. *Adolescencia Latinoamericana* 1 (4), 222 – 230. ISSN 1414 – 7130. Recuperado de: [http://ral-Adolec.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-71301999000100004&lng=es&nrm=iso](http://ral-Adolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301999000100004&lng=es&nrm=iso)>.
- Burt, M (1998). *¿Por qué debemos invertir en el Adolescente?* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Fundación W. K. Kellogg.
- Bustelo, E (2007). *El recreo de la Infancia*. Buenos. Aires.: Siglo Veintiuno Editores
- Calderon, C (2002). Criterios de calidad en la Investigación cualitativa en salud. *Revista Española en Salud Pública* 76 (5), 473-482. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/170/17076509.pdf>
- Cirello, M (1994). *Infancia, Autonomía y Derechos: Una cuestión de principios*. Recuperado de: [www.inau.gub.uy/biblioteca/cirello.pdf](http://www.inau.gub.uy/biblioteca/cirello.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
- Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2006). *Promoción de salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2013). *El proceso salud/enfermedad y sus emergentes desde una perspectiva compleja*. Buenos Aires: Eudega.
- Falcón, M. y Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*. 2 (2), 91-98. Universidad Computense de Madrid. Recuperado de:  
<http://revistadecomunicacionysalud.org/indexphp/rcys/article/view/35>
- Farr R (1988). Las representaciones sociales. En Moscovici, S. *Psicología social* (pp.495 - 506) Barcelona: Paidós.
- Fernández, R., Ciuffolini, M. B., Jure, H. y Didoni, M. (2014) Características de implementación de la atención primaria de salud en Centros de Salud: Una estrategia para la comprensión integral del proceso salud-enfermedad y el derecho a la atención. *IT. Salud Comunitaria y Sociedad* 3 (3), 20 – 30.
- FPNU / Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (2005). *Capacitación en derechos y salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe* Santiago de Chile: FPNU

Gallardo Pérez, U; Pérez Piñero, J y Fariñas Reinoso, A (2002). Necesidades sentidas de información en Epidemiología, de médicos y enfermeras de la familia. *Revista Cubana de Salud Pública* 28 (3). Versión On-line ISSN 0864-3466. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300003&lng=es&tlng=es).

García, S (2009). *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). Recuperado de: <http://www2.convivencia.edu.uy/web/wp-content/uploads/2013/12/Pol%C3%ADticas-de-la-infancia-en-el-INAU.pdf>

González, T. y Olesker, D. (comp.) (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de: <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/Construccion-Sistema-Integrado-Salud-2005-2009-Uruguay.pdf>

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.) México: Mc Graw Hill..

Hortonedá, Y. (2015). Atención Integral las Adolescencias en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Módulo 1 (11- 33). En: Aportes para el Abordaje de la Salud Adolescentes en el primer nivel. Montevideo: MSP

Ibáñez, T (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai

Instituto Interamericano de Niño, Niñas y Adolescentes (2007). *Políticas Públicas y Derechos Humanos del Niño. Observaciones Generales. 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*. Recuperado de:  
[http://www.iin.oea.org/IIN2011/documentos/derechos\\_humanos\\_del\\_nino.pdf](http://www.iin.oea.org/IIN2011/documentos/derechos_humanos_del_nino.pdf)

Klein (2004). *Un puzzle sin modelo para armar*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.

Krauskopf, D. (2016) La salud de la Adolescencia y Juventud en el marco de las Políticas Públicas: Fundamentos, avances y desafíos. Cap. 8. (pp 200 – 210). En: Pasqualini, D. y Llorens, A. (2016) *Manual de Adolescencia y Salud: Un abordaje integral*. Serie Manuales. Argentina: Ed. Journal.

Krauskopf, D (2010). Participación juvenil y políticas de juventud. En: Pasqualini y Llorens (Comp.) *Salud y Bienestar de los Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral*. (pp 83-101) Buenos Aires: OPS/OMS – Facultad de Medicina, UBA.

Léris, R. (1935) Op. Cit. En: Canguilhem, G. (1993). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.

Lucero, M. F (2013). *Representaciones sobre Salud/ Enfermedad/ Atención construidas por adolescentes de la ciudad de Córdoba, Argentina*. (Tesis de grado) Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba

- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência y Saúde Coletiva* 17 (3), 613-619. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
- Menéndez, E. (1985). Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médicos Sociales* (33): 3-34.
- Melillo, A. (2011). El desarrollo psicológico del adolescente y la resiliencia. En: Munist, M.; Suárez Ojeda, E.N. ; Krauskopf, D. y T. Silber, T. (comps.). *Adolescencia y resiliencia.*, (pp. 213 - 224). Buenos Aires.: Paidós.
- 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.
- Mora, M (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Universidad de Guadalajara, México. Recuperado de: [www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945](http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945)
- Morlachetti, A (2011). *Adolescencia y juventud: sus derechos sexuales y reproductivos.* Recuperado de: <http://derechoyaborto.wordpress.com/category/bibliografia/page/2/>
- OMS (2015) La Estrtegia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016 - 2030). Recuperado de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/)

OMS (2013a). *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2013. Apoyo al decenio de acción*. Recuperado de:

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2013/report/es/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/report/es/)

OMS (2013b). *Who-aims: Informe regional sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Recuperado de:

<http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>

OMS/Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2011). *Informe Final: Subsanan las desigualdades sociales en una generación. Resumen analítico*. Recuperado de:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)

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 SA.

OPS/ MSP-MIDES-Junta Nacional de Drogas (2012). *Adolescencias: un mundo de preguntas II Encuesta Mundial de Salud Adolescente GSHS. Uruguay*. Recuperado de:

<http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/adolescencias-un-mundo-de-preguntas-ii-encuesta-mundial-de-salud-adolescente-gshs-2012>

OPS (2011). *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Montevideo: Prontográfica S.A.

OPS/ Programa de Familia y Población Salud y Desarrollo de Adolescentes /FNUAP (2000). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Serie N° 2. Centro de Estudios de Población (CENEP) Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Recomendaciones-atencion-integral-salud-adolescentes-salud-sexual-reproductiva.pdf>

Palazzo Dos Santos, L. ; Béria, J.U. y Tomasi, E. (2003). Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? *Cadernos de Saúde Pública* 19(6):1655-1665. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a10v19n6http://dx.doi.org/>

Perdomo, R. (comp.) (2004). *Ser adolescente, ser joven, hoy*. Ciclos de mesas redondas. Montevideo: Universidad de la República - Facultad de Psicología.

Perú. Ministerio de Salud / Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral. Etapa de Vida Adolescente (2007). *Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención*. Documento técnico. RM N°1077-2006/MINSA. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/normaslegales2006/RM1077-2006.pdf>.

Pilotti, F (2001). *Globalización y Convención sobre los Derechos del Niño: el contexto del texto*. (Serie Políticas Sociales N° 48. División Social) Santiago de Chile: CEPAL.

PNUD (2000). *Derechos Humanos y Desarrollo Humano. Informe 1999*.  
Recuperado de:

<http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i1-----&s=e&m=a#.U4aEjXJ5Otl>

Pontificia Universidad Católica de Chile/ Dpto de Salud Pública (2014). Curso Salud y Desarrollo Adolescente. Recuperado de:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion18/M4L18Leccion.html>.

Portillo, J (1995). Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724-1930). *Revista Médica del Uruguay*. 11,5-18. Recuperado de:

<http://www.rmu.org.uy/revista/1995v1/art2.pdf>

Ramos Brum, V. (2015): Consideraciones conceptuales: adolescencias, sexualidad y derechos. Pág. 1. 13 – 29. En: López, A (Coord.) *Adolescentes y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay*. (2005 – 2014). Montevideo: Facultad de Psicología- UdelaR y UNFPA.

Reyes, P. y Hernández, A. (2008). El estudio de caso en el contexto de la crisis de la modernidad .*Cinta de moebio*, (32), 70-89. Recuperado de:  
<http://www.cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/25910/27224>

Rodríguez, G.; Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1996). *Enfoques de la Investigación Cualitativa*. Granada: Ed. Aljibe.

Rossi, S (2015): Espacios de Salud Adolescente y derechos sexuales y reproductivos. Un estudio sobre las percepciones de adolescentes y equipos técnicos de servicios públicos. En: López, A (Coord.) *Adolescentes y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay. (2005 – 2014).* (pp. 141 – 155). Montevideo: Facultad de Psicología- UdelaR y UNFPA.

Rossi, S (2014). *Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes en los servicios públicos de salud del primer nivel en Montevideo.* (Tesis de maestría) Facultad de Psicología- UdelaR

Rudolf, S. (2013). La reponsabilidad profesional en la protección de la salud como derecho. Apuntes acerca de la orientación cultural en el sistema de salud. En Alonso, E. Álvarez Pedrosian, F. Beltramelli, Giorgi, V.; Motta, J.; Pérez, L. Rudolf, S.; Suárez, Z. y Tommasino, H. *La construcción de ciudadanía: un desafío para la academia.* (pp. 47 – 68). Montevideo: UdelaR – Psicolibros – Waslala.

Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria. Análisis críticos de los sistemas de atención de la salud.* Buenos Aires: Paidós

Saforcada, E., De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano.* Buenos Aires.: Paidós.

Saforcada, E y Castellá Sarriera, J. (2008). *Enfoques conceptuales y Técnicos en Psicología Comunitaria.* Buenos Aires: Paidós.

Setaro, M y Koolhaas, M (2008). *Políticas de Salud para la Infancia y Adolescencia*. En: Cuadernos de la ENIA. Políticas de Salud. Montevideo: ENIA 2010-2030.

Simini, F.; Franco, S.; Pasqualini, D.; Lammers, C. (2000). *Sistema Informático del Adolescente. Con Historia de Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: CLAP OPS/OMS.

Sowell, E.R., P.M. Thompson, C.J. Holmes, T. Jernigan y A. Toga. (1999) In Vivo. Evidence for Post-adolescent Brain Maturation in Frontal and Striatal Regions. *Nature Neuroscience*, 2 (10), 859-861. Recuperado de: <http://www.nature.com/neuro/journal/v2/n10/full/nn1099859.html>.

Spicker, P., Alvarez Leguizamón, S. y Gordon, D (Ed.) (2009). *Pobreza Un glosario internacional. Necesidades*. Biblioteca Virtual de CLACSO-CROP. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/>

Taylor, S.J. y Bogdan, R (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.

UNICEF Colombia (2013). Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia. Producto 5: Informe de Resultados. Recuperado en abril 2017 de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Evaluacion-de-los-ServiciosAmigables.pdf>

UNICEF Uruguay- IDISU (2012). *Guía: Los derechos de niños y adolescentes en el área de salud*. Montevideo: Manosanta Desarrollo Editorial

UNICEF Uruguay (2010). *Intercambios. Serie de documentos de trabajo de UNICEF Uruguay. 2 Adecuación de la legislación nacional a los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Montevideo: Unicef Uruguay.

UNICEF Uruguay (2009). *Derechos Humanos de la Niñez y la Adolescencia. Convención Internacional del Derecho del Niño*. Montevideo: Zona Libro.

UNICEF (2006). *Salud y participación adolescente. Palabras y juegos. Guía 3*. ISBN-13: 978-92-806-4008-3. ISBN-10: 92-806-4008-9. Recuperado en diciembre de 2014. De:  
[http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy\\_media\\_Herramientas\\_GUIA\\_3.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Herramientas_GUIA_3.pdf)

UNICEF Uruguay (2004). *Unicef en Uruguay. Para toda la infancia Salud, Educación, Igualdad, Protección*. Recuperado en octubre, 2016 de:  
[http://www.unicef.org/uruguay/spanish/UNICEF\\_en\\_Uruguay.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/UNICEF_en_Uruguay.pdf)

Urra Medina, E, Núñez Carrasco, R, Retamal Valenzuela, C y Jure Cares, L. (2014). Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería *Ciencia y enfermería* 20(1), 131-142. Recuperado de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000100012&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-95532014000100012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100012&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-95532014000100012).

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social ; INJU (2015). *Tercera Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud. ENAJ 2013. Informe*. Recuperado de:  
<http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/45835/1/informe-tercera-enaj-final.pdf>

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social (2013). *Reporte social 2013. Principales características del Uruguay social*. Recuperado de:

[http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/23497/1/reporte\\_social\\_2013.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/23497/1/reporte_social_2013.pdf)

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social/ 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)*. Montevideo: Imp. Rosgal. S.A.

Uruguay. Presidencia de la República. Unidad Nacional de Seguridad Vial (2013). *Informe de siniestralidad vial*. Recuperado de:

<http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/ac348b0042bf9c579417d5d7c7c121d0/Informe+SV+2013.pdf>

MOD=AJPERES&CONVERT\_TO=url&CACHEID=ac348b0042bf9c579417d5d7c7c121d0

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. 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 Vol. I*. Recuperado de [www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx? 5679,21548](http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5679,21548)

Uruguay. Poder Legislativo (2008). Ley 18.331. Protección de datos personales y acción de “Habeas Data”. Recuperado de:

[http://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/302/1/agesic/ley\\_nC2%B0\\_18331\\_de\\_11\\_de\\_agosto\\_de\\_2008.html](http://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/302/1/agesic/ley_nC2%B0_18331_de_11_de_agosto_de_2008.html)

Uruguay. Poder Legislativo (2008). Decreto para la investigación con seres Humanos. Recuperado de:

[http://archivo.presidencia.gub.uy/web/decretos/2008/08/CM515\\_26%2006%202008\\_00001.PDF](http://archivo.presidencia.gub.uy/web/decretos/2008/08/CM515_26%2006%202008_00001.PDF)

Uruguay. Poder Legislativo (2007). *Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social – Infamilia (2006). Fortalecimiento de una atención especializada y diferenciada para el trabajo con adolescentes en Instituciones Públicas. Recuperado de:

[http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas\\_programa%20infamilia%20atencion%20adolescentes.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_programa%20infamilia%20atencion%20adolescentes.pdf) >.

Varela, C., Pardo, I., Lara, C., Nathan, M. y Tenenbaum, M. (2014). *La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo*. Fascículo 3. En: Atlas Sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. INE, OPP, IWXON, MISWA, UNFPA: Montevideo: Ed. Trilce

Viñar, M. (2009). *Mundos Adolescentes y vértigos civilizatorio*. Montevideo.: Ed. Trilce

Vizcaya, T y Gásperi, R (2013). Revisión Bibliográfica. Necesidades en Salud: una revisión conceptual y metodológica. *Revista Venezolana de Salud Pública*, Vol. 1 (1). pág 55-60. Barquisimeto: Universidad Centroccidental Lisnadro Alvarado. Recuperado de:  
[http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm\\_ucla/edocs/rvsp/RVSP0102/RVSP010208.pdf](http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/rvsp/RVSP0102/RVSP010208.pdf).

Weinstein y Weinstein (1991) *Formal Sociology*. Citado en: Valles (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. Madrid: Síntesis.

Yin, R (2011) Investigación sobre Estudio de Casos. Diseño y Métodos. Segunda Edición. Vol. 5. Londres: Sage Publications. Recuperado de:  
<https://paneo.injuba.com/sites/2/archivos/YINROBERT.pdf>

## 11 – ANEXOS

- 11.1 - Consentimientos informados
  - a) consentimiento informado para adolescentes de 12 hasta 15 años
  - b) asentimiento por escrito para la realización de entrevista en el marco del proyecto de investigación: la atención de la salud de los adolescentes desde la mirada de los adolescentes
  - c) consentimiento informado para adolescentes de 16 y 17 años de edad
  - d) consentimiento informado para adolescentes de 18 años de edad
- 11.2 - Pauta de entrevista semi dirigida en profundidad
- 11.3 - Entrevista
- 11.4 - Folleto
- 11.5 - Gráficas y frecuencias elaboradas con spss
- 11.6 - Resumen ejecutivo de la investigación

## 11.1 - Consentimientos informados

### a) consentimiento informado para adolescentes de 12 hasta 15 años

Montevideo, a los... ..días del mes de ..... 201...

El Sr./Sra. .... CI: ..... ,  
otorga por este medio su consentimiento para que su  
hijo/a ..... CI: ..... de..... años  
de edad, participe en el proyecto de investigación **“La atención de la salud de la población adolescente. Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes”**. La Prof. Adj. Alejandra Aris es responsable del proyecto y realiza el mismo en el marco de su tesis de maestría y formación de grado y pos grado de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

La entrevista tendrá una duración estimativa de 20 minutos aproximadamente.

..... autoriza el procesamiento del material recogido en la entrevista realizada a ..... para la presente investigación bajo el marco de protección que otorgan las normas de confidencialidad vigentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo y en las normas científicas nacionales (ley de Habeas Data (N°18.331) y el Decreto N°379-008) que regulan la investigación con seres humanos. El proyecto no tiene fines de lucro ni riesgos en cuanto a su salud. El mismo busca contribuir a la mejora de la atención de la salud de los adolescentes y no existirán pagos de incentivo para participar en el mismo.

Al aceptar las condiciones y términos de participación en este estudio voluntariamente en uso de sus derechos de decisión y en el pleno goce de sus facultades, ha podido preguntar libremente y pedir aclaración de todo lo relacionado con la participación en la investigación y habiendo comprendido todos los alcances de esta participación, da su consentimiento para que las respuestas brindadas por su hijo en la entrevista sean utilizadas de modo anónimo y confidencial con fines científicos en el marco de dicha investigación.

Asimismo está en conocimiento de que su hijo podrá retirarse, avisando al equipo de esta decisión, sin que esto implique ningún perjuicio personal.

El equipo le agradece su tiempo y sus aportes.

Firma del Padre / Madre o Tutor: .....

Aclaración: ..... CI: .....

Fecha: .....

### **Declaración del Integrante del Equipo Investigador**

Declaro que he explicado la naturaleza, propósitos, metodologías de trabajo, técnica de estudio, beneficios y riesgos del estudio del que acepta participar y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta o duda, y he evacuado completamente las realizadas por el padre, madre o tutor del/la adolescente y del/la adolescente ..... quien manifiesta comprender completamente lo que he explicado y contestado.

Nombre del integrante del equipo:

Firma:..... Aclaración: .....

Investigador responsable: Prof. Adj. Lic. Alejandra Arias

mail de contacto: [opinionadolinvestiga15@gmail.com](mailto:opinionadolinvestiga15@gmail.com) Tel: 24008555 (int. 323)

**b) asentimiento por escrito para la realización de entrevista en el marco del proyecto de investigación: la atención de la salud de la población adolescente. Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes**

**HOJA DE INFORMACIÓN**

Yo, ..... (nombres y apellidos)

Declaro que:

1. He leído o me han leído la Hoja de Información y he entendido todo lo que se pone en ella.
2. Se que si durante la entrevista tengo alguna duda, puedo preguntar al investigador las veces que necesite.
3. Se que puedo decidir no participar de la entrevista y que mi decisión no me perjudica ni a mi ni a la investigación.
4. Se que si decido participar incluirán la información de mi entrevista para producir conocimiento sobre **La atención de la salud de la población adolescente. Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes**
5. Se que si iniciada la entrevista me arrepiento de mi decisión de participar, esto no tendrá consecuencias negativas para mi y que puedo pedir que la información que brindé no sea utilizada para la investigación.
6. Me han informado que no recibiré dinero por mi participación.
7. Me explicaron que luego de finalizada la investigación se puede producir artículos, libros, difusión de los resultados, garantizando la confidencialidad y anonimato de los participantes.
8. El investigador ha contestado a todas las dudas que tenía sobre la investigación.
9. He decidido participar en la investigación

Firma del adolescente:.....

**¿Los padres o tutores han firmado el consentimiento informado?**

**SI**

**NO**

### c) consentimiento informado para adolescentes de 16 y 17 años de edad

Montevideo, a los.....días del mes de ..... 201...

El/La adolescente .....

CI: ..... de.....años de edad, otorga por este medio su consentimiento para la inclusión de las informaciones aportadas en el proyecto de investigación **La atención de la salud de la población adolescente. Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes.** La Prof. Adj. Alejandra Aris es responsable del proyecto y realiza el mismo en el marco de su tesis de maestría y formación de grado y pos grado de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

..... autoriza el procesamiento del material recogido en la presente investigación bajo el marco de protección que otorgan las normas de confidencialidad vigentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo y en las normas científicas nacionales (ley de Habeas Data (N°18.331) y el Decreto N°379-008) que regulan la investigación con seres humanos. El proyecto no tiene fines de lucro buscando contribuir a la mejora de la atención de la salud de los adolescentes y no existirán pagos de incentivo para participar en el mismo.

Al aceptar las condiciones y términos de participación en este estudio voluntariamente en uso de sus derechos de decisión y en el pleno goce de sus facultades, ha podido preguntar libremente y pedir aclaración de todo lo relacionado con la participación en la investigación y habiendo comprendido todos los alcances de esta participación, da su consentimiento para que sus respuestas brindadas en la entrevista sean utilizadas de modo anónimo y confidencial con fines científicos en el marco de dicha investigación.

Asimismo está en conocimiento de que podrá retirarse, avisando al equipo de esta decisión, sin que esto implique ningún perjuicio personal y que la información proporcionada no será utilizada para la investigación. El equipo le agradece su tiempo y sus aportes. El equipo le agradece su tiempo y sus aportes.

Firma del participante:..... Aclaración:.....

CI: .....

### **Declaración del Integrante del Equipo Investigador**

Declaro que he explicado la naturaleza, propósitos, metodologías de trabajo, técnica de estudio, beneficios y riesgos del estudio del que acepta participar y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta o duda, y he evacuado completamente las realizadas por el/la adolescente ..... quien manifiesta comprender completamente lo que he explicado y contestado.

Nombre del integrante del equipo:

Firma:..... Aclaración:.....

Investigador responsable: Prof. Adj. Lic. Alejandra Arias

mail de contacto: [opinionadolinvestiga15@gmail.com](mailto:opinionadolinvestiga15@gmail.com) Tel: 24008555 (int. 323)

Fecha:.....

**d) consentimiento informado para adolescentes de 18 años de edad**

Montevideo, a los... ..días del mes de .....20....

El/La adolescente .....

CI: ..... de.....años de edad, otorga por este medio su consentimiento para la inclusión de las informaciones aportadas en el proyecto de investigación **“La atención de la salud de la población adolescente. Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes”**. La Prof. Adj. Alejandra Aris es responsable del proyecto y realiza el mismo en el marco de su tesis de maestría y formación de grado y pos grado de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Autoriza el procesamiento del material recogido en la presente investigación bajo el marco de protección que otorgan las normas de confidencialidad vigentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo y en las normas científicas nacionales (ley de Habeas Data (N°18.331) y el Decreto N°379-008) que regulan la investigación con seres humanos. El proyecto no tiene sentido de lucro buscando contribuir a la mejora de la atención de la salud de los adolescentes y no existirán pagos de incentivo para participar en el mismo. Al aceptar las condiciones y términos de participación en este estudio, ha podido preguntar libremente y pedir aclaración de todo lo relacionado con la participación en la investigación y habiendo comprendido todos los alcances de esta participación, da su consentimiento para que sus respuestas brindadas en la entrevista/ en el grupo de discusión sean utilizadas de modo anónimo y confidencial con fines científicos en el marco de dicha investigación. Asimismo está en conocimiento de que podrá retirarse, avisando al equipo de esta decisión, sin que esto implique ningún perjuicio personal.

El equipo le agradece su tiempo y sus aportes.

Firma del participante :..... Aclaración: .....

CI: ..... Fecha: .....

### **Declaración del Integrante del Equipo Investigador**

Declaro que he explicado la naturaleza, propósitos, metodologías de trabajo, técnica de estudio, beneficios y riesgos del estudio del que acepta participar y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta o duda, y he evacuado completamente las realizadas por el/la adolescente ..... quien manifiesta comprender completamente lo que he explicado y contestado.

Nombre del integrante del equipo:

Firma:..... Aclaración:.....

Investigador responsable: Prof. Adj. Lic. Alejandra Arias

mail de contacto: [opinionadolinvestiga15@gmail.com](mailto:opinionadolinvestiga15@gmail.com) Tel: 24008555 (int. 323)

## **11.2 - Pauta de entrevista abierta semi dirigida**

A partir de generar un clima propicio con el entrevistado, se entregará el consentimiento informado y solicitará su autorización para grabar sus respuestas. Se indagará los siguientes tópicos, evitando que se transforme en un interrogatorio cerrado:

- Datos personales en cuanto: edad, procedencia, nivel educativo, inserción laboral, actividades que realiza, con quienes vive, usuario de servicio de salud.
- Los servicios de salud, la atención brindada e infraestructura.
- Fortalezas y las debilidades de los servicios de salud.
- Los profesionales que brindan la atención, contribución a su estado de salud y calidad de vida.
- El lugar del adolescente en los servicios de salud.
- La información sobre salud y atención.
- Salud y participación adolescente.
- Necesidades sentidas de salud.
- Propuesta y sugerencias.
- Experiencias personales con los servicios

### 11.3 - Entrevista abierta semi dirigida

A partir de generar un clima propicio con el entrevistado, se entregará el consentimiento informado y solicitará su autorización para grabar sus respuestas.

#### Presentación:

Hola mi nombre es\_\_\_\_\_ ¿tú eres? Soy Lic en Psicología/ estudiante avanzado de la Facultad de Psicología. Actualmente, integramos un proyecto de investigación sobre *La atención de la salud de los adolescentes desde la mirada de los adolescentes*. El estudio se centra en el interés de conocer las percepciones, creencias y representaciones de los adolescentes uruguayos de 16 a 18 años sobre la atención de la salud que los servicios diagraman para ellos.

¿Sabes el motivo de este encuentro? Estamos entrevistando adolescentes entre 16 y 18 años para conocer su experiencia y opinión sobre la atención que los centros de salud brindan a los adolescentes.

La finalidad del mismo es la producción de conocimiento en el marco de la Universidad de la República contribuyendo a la mejora de los procesos de atención a la salud de los adolescentes uruguayos.

Para ello necesitamos realizar una entrevista a un adolescente con el fin de producir conocimiento y contribuir a la mejora en la atención de la salud.

¿Tienes alguna pregunta sobre la investigación? ¿Alguna duda? ¿Algo que no entendieras? Si en algún momento te genera alguna inquietud sobre ésta no dudes en preguntarme, sí?

¿Tienes algún inconveniente en que grabe la entrevista?

Te voy a pedir que firmes un CONSENTIMIENTO INFORMADO donde se describe la investigación, características de esta como de tu participación en la misma. (Se lee el consentimiento, se aclara si no se comprende lo que se explica en el mismo). Luego se lo da para que lo lea él/ella y lo firma. Se lleva 2 copias para que firme las 2 y una se la queda el adolescente. Dependiendo la edad utilizar: **1) consentimiento informado para adolescentes de 12 a 15 años y asentimiento informado, 2) consentimiento informado adolescentes de 16 y 17 años de edad. 3) consentimiento informado para adolescentes de 18 años de edad.**

## **Desarrollo:**

Datos personales:

- ¿Cuántos años tienes (decir su nombre)?
  - ¿Dónde vives? (recordar que si es un adolescente del interior del país profundizar mayores detalles. Si vive en Mvd de que dpto procede, ciudad.)
  - ¿Con quién vives? (si es del interior con quien vive en Mvd y con quién vive en el interior)
- ¿Qué actividades realizas durante el día? (Si no comprende la pregunta, explicar mejor, ejemplos: ¿estudias? ¿trabajas? ¿haces ejercicio).

## **Servicios de Salud:**

- ¿Dónde atiendes tu salud? (Si alude a un centro de 1er nivel preguntar solamente preguntar) ¿Alguna vez tuviste la necesidad de ir a .... (hospital, mutualista, etc) (Indagación del 2do y 3er nivel.) ¿A cuál?
- ¿En qué situaciones lo has utilizado? (En caso de no haber utilizado ninguno servicio re preguntar indagando detalles sobre la experiencia de otra persona, pero para saber la satisfacción en forma global). ¿Has acompañado algún amigo o familiar a atenderse su salud?/ ¿Algún amigo o familiar te ha contado su experiencia?
- ¿Has concurrido acompañado o has ido solo a XX? (a partir de su identificación de centro sustituir centro de salud por el lugar donde se asiste)
- ¿Si vas acompañado a la consulta entrás solo? Sí? No? Por qué? ¿Quién lo decide?
- ¿Por qué concurre a XX? (En caso de concurrir con regularidad) ¿Cuándo fue la última vez que concurriste a XX? (Si concurre poco) ¿Qué causas piensas que te harían concurrir a un centro de salud? (Si no concurre).
- ¿Qué tipos de servicios utilizas en XX?(ampliar con ej.) ¿Por qué? ¿Cómo te has sentido cuándo has ido? ¿Cómo es el lugar? ¿Cómo te has sentido en los

diferentes espacios de XX? (hacer referencia a la sala de espera, consultorio, ventanilla de información, etc.) ¿Cambiarías algo de estos espacios?

¿Hay un espacio para adolescentes en el lugar al que concurre? (Explicar que es si no lo conoce. El Espacio Adolescente (EA) es un espacio dentro de XX de atención y promoción de la salud para la asistencia integral de la población adolescente)

¿Qué debería tener, a tu criterio, un espacio adolescente en XX / un centro de salud?

En cuanto a los profesionales y técnicos que te han atendido: ¿Cómo te has sentido tratado?

¿Te han pedido consentimiento informado para realizar algún estudio o intervención?

¿Crees que la atención que recibiste mejoró o aportó a tú salud? ¿Has notado cambios o beneficios en tu salud a partir de la atención que recibiste?

¿Cuáles son los cuidados básicos que tú consideras necesarios con respecto a la salud?

¿Alguna vez intentaste hacer algún aporte al centro de salud al que vas? ¿Sabías que podrías hacerlo? ¿Crees que tus aportes y opiniones serían tomados en cuenta?

¿Tienes acceso a la información? ¿Consideras que tienes la información necesaria sobre XX? ¿Crees que la información que encuentras en XX es clara?

¿Qué opinión tienes de la publicidad acerca de la salud para los adolescentes? (se puede aclarar si no entiende, en medios de comunicación (tv, prensa, radio), internet, youtube, folletería, cartelera.....)

¿Cuáles son las cualidades que tiene a tu entender, XX? ¿Cuáles son las carencias que tiene?

Por último, ¿quieres agregar algo? ¿Alguna sugerencia? Si se lo observa que ha quedado pensativo en qué se quedó pensando.

**Cierre:**

Bueno (nombrarlo), finalizamos con la entrevista, gracias por todo. Es muy importante para nosotros la disposición que mostraste ya que nos ayudó a comprender mejor qué piensan los adolescentes acerca de los servicios de salud y partir de allí contribuir a la mejora de la atención con esta investigación.

Al finalizar entregamos un material (folleto) del MSP con información sobre los derechos como usuario y servicios de salud.

#### 11.4 - Folleto entregado a los adolescentes



Portada

Folleto completo disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/folleto-de-derechos-de-salud>

## 11.5 - Gráficas y frecuencias elaboradas con spss

### Frecuencias

Estadísticos		Adolescentes	Sexo
N	Válidos	31	31
	Perdidos	0	0

### Tablas de frecuencias

Sexo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Masculino	10	32,3	32,3
	Femenino	21	67,7	67,7
	Total	31	100,0	100,0

Edad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	12	1	3,2	3,2
	13	5	16,1	16,1
	14	4	12,9	12,9
	15	7	22,6	22,6
	16	3	9,7	9,7
	17	7	22,6	22,6
	18	4	12,9	12,9
	Total	31	100,0	100,0

**Educación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Primaria	2	6,5	6,5
	Ciclo Básico	14	45,2	45,2
	Bachillerato	8	25,8	25,8
	Educación no formal	2	6,5	6,5
	No estudia	2	6,5	6,5
	UTU	3	9,7	9,7
	Total	31	100,0	100,0

**Zona**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Aires Puros	2	6,5	6,5
	Carrasco Norte	1	3,2	3,2
	Centro	4	12,9	12,9
	Cerro	1	3,2	3,2
	Ciudad Vieja	13	41,9	41,9
	Cordón	1	3,2	3,2
	La Paz	1	3,2	3,2
	La Teja	1	3,2	3,2
	Maroñas	1	3,2	3,2
	Parque Batlle	1	3,2	3,2
	Pocitos	1	3,2	3,2
	Prado	1	3,2	3,2
	Punta Gorda	1	3,2	3,2
	Tres Cruces	1	3,2	3,2
	Villa Española	1	3,2	3,2
	Total	31	100,0	100,0

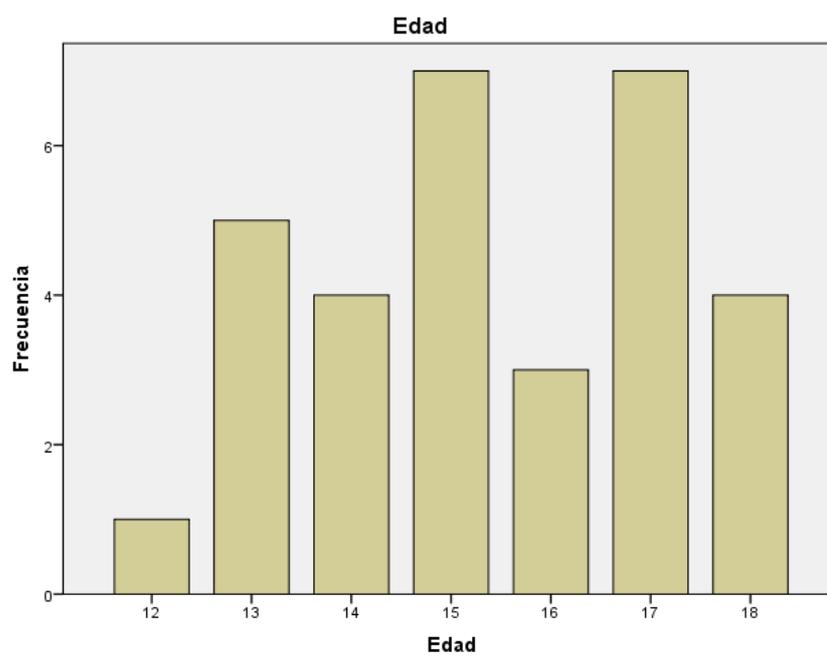
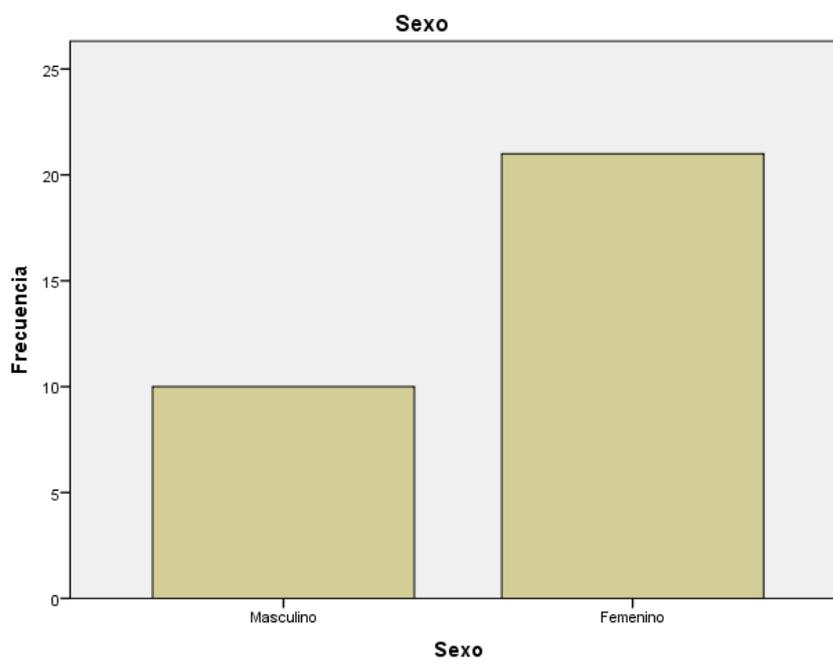
**Otras actividades**

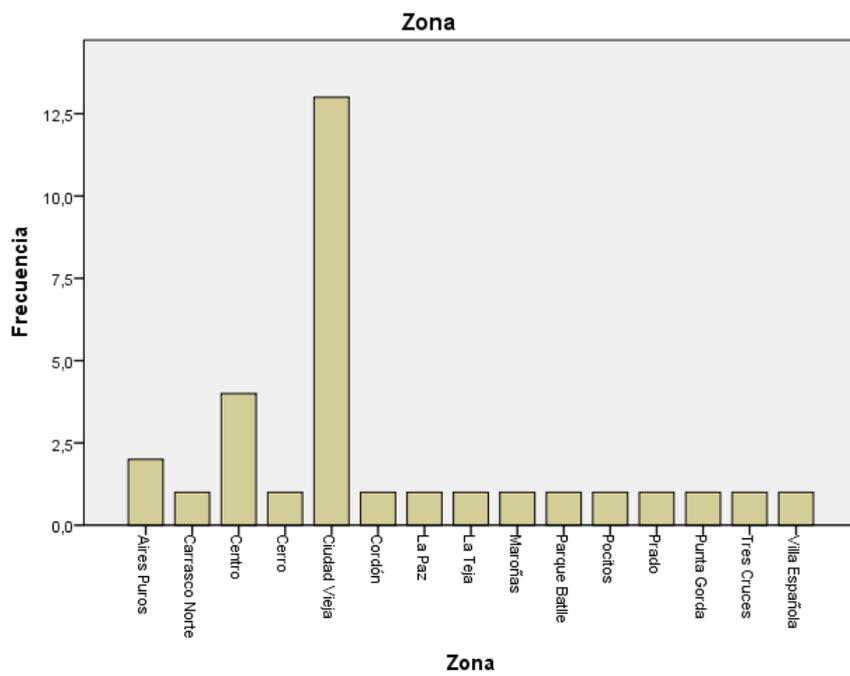
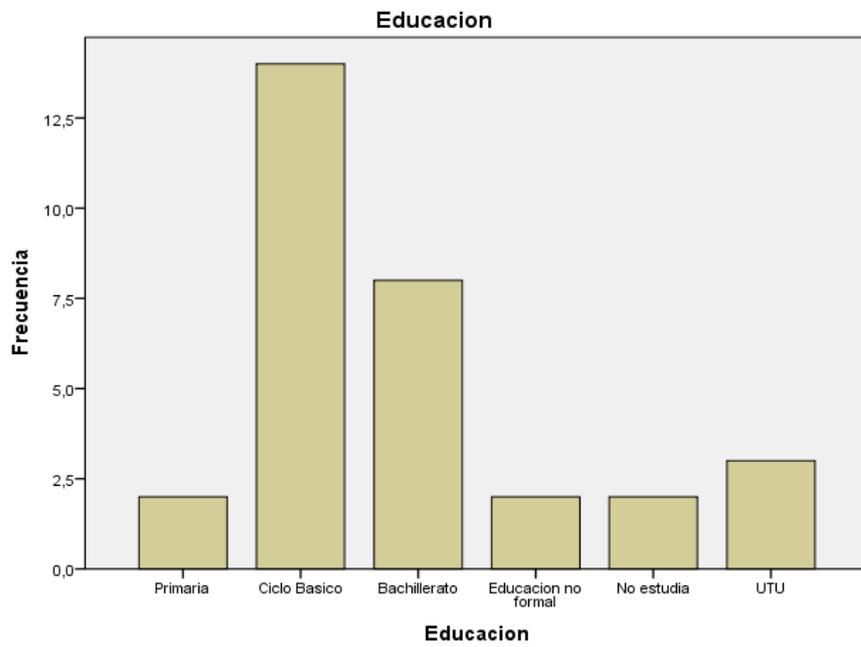
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	capoeira y boxeo	1	3,2	3,2
	comparsa de candombe	1	3,2	3,2
	danza y francés.	1	3,2	3,2
	gimnasia	2	6,5	6,5
	Gimnasia y coro	1	3,2	3,2
	handball y toca un i	1	3,2	3,2
	ingles	2	6,5	6,5
	No	18	58,1	58,1
	Patín	1	3,2	3,2
	Toca el violín	1	3,2	3,2
	Trabaja	2	6,5	6,5
	Total	31	100,0	100,0

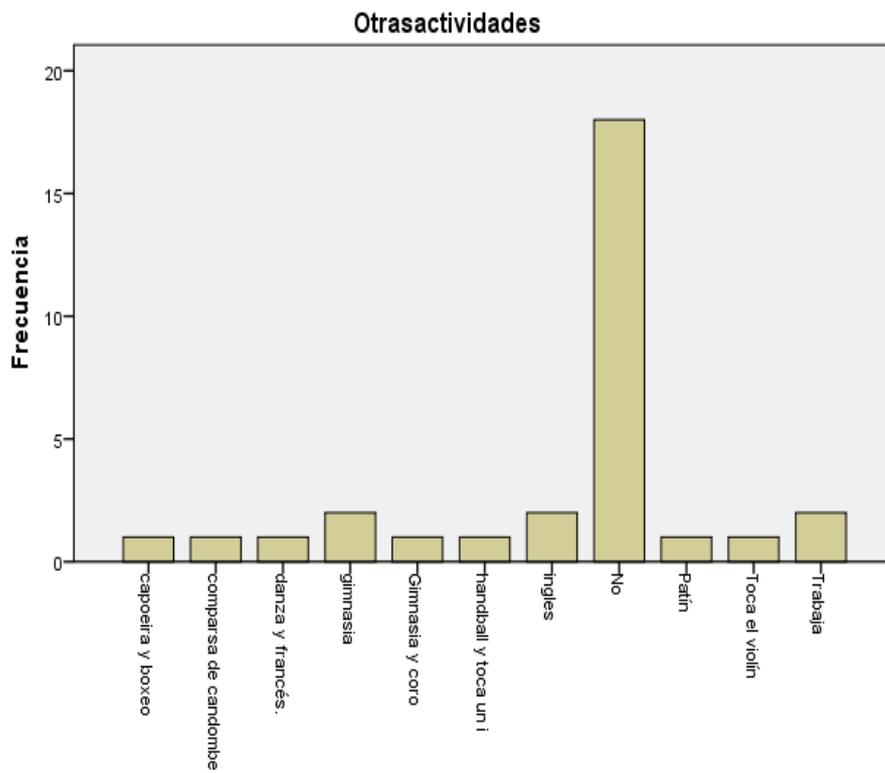
**Conocimiento ESA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Si	21	67,7	67,7
	No	10	32,3	32,3
	Total	31	100,0	100,0

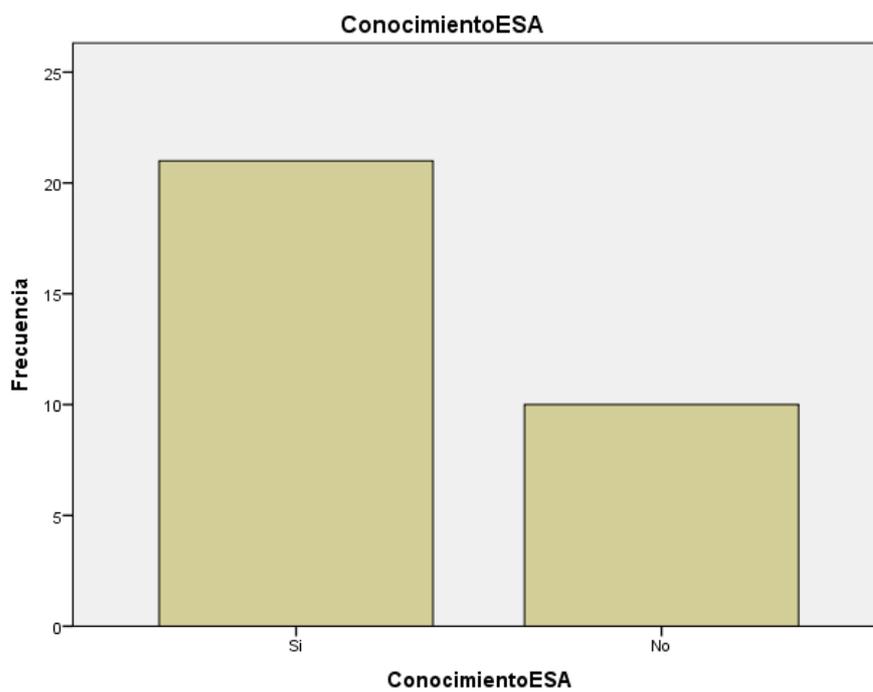
## Gráficos de barras







Otrasactividades



ConocimientoESA

## **11.6 - Resumen ejecutivo**

**Investigación: La atención de la salud de la población adolescente. Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes**

**Prof. Adj. Lic. Alejandra Arias**

**Instituto de Psicología de la Salud, Universidad de la República**

**Abril, 2017**

El estudio se desarrolló en el marco de la tesis de Maestría de Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República y es presentado para obtener el título de Magister en Derechos de Infancia y Políticas Públicas. La investigación tuvo como objetivo producir conocimientos sobre las representaciones sociales (RS) de adolescentes entre 12 y 18 años de ambos sexos acerca de la atención a la salud que brindan los servicios de salud de Montevideo, Uruguay. Los antecedentes nacionales como internacionales dejan en evidencia el escaso uso de los servicios de salud por parte de esta población. En general, los servicios configuran la atención de la población adolescente teniendo como eje estructurador la salud sexual y reproductiva. El enfoque de derechos como de género está muy poco desarrollado en la atención. Resulta importante analizar las coincidencias y las divergencias entre el funcionamiento y la oferta de los servicios de salud para adolescentes y las RS que las y los adolescentes tienen sobre estos. La finalidad del proyecto es contribuir a la calidad de la atención a la salud de este grupo poblacional, buscando que la producción de conocimiento permita una mejor adecuación de la atención teniendo como orientadores las necesidades sentidas y de atención de los mismos. Para ello, se seleccionó un marco metodológico cualitativo, desarrollando un Estudio de Caso. El objetivo fue recoger un material que permitiera explorar el objeto de estudio seleccionado en el mismo escenario en que se despliega.

El trabajo de campo se desarrolló entre octubre del 2015 y mayo del 2016 en el Centro de Salud Ciudad Vieja dependiente de la RAP – ASSE de la ciudad de Montevideo. La elección del centro estuvo supeditada al interés que el servicio de salud contaba con atención específica para adolescentes. Del mismo modo, el

equipo del ESA acordó con el desarrollo del proyecto por considerar a la investigación de relevancia para que la producción de conocimiento permita ser un insumo en la mejora de la calidad de atención que se brinda. En el mes de setiembre del 2015 se presentó el proyecto de investigación al equipo de salud que integra el ESA y a la Dirección del Centro de Salud quienes gestionaron el aval ante la RAP – ASSE. En octubre teniendo los avales institucionales se inició la experiencia de campo. El equipo de investigación estuvo conformado por la Prof. Adj. Lic. Alejandra Arias (Responsable del proyecto), dos estudiantes de formación permanente (Licenciadas en Psicología)<sup>6</sup> y tres estudiantes de grado del 7to y 8vo semestre de la Licenciatura de Psicología de la UdelaR<sup>7</sup>.

La investigación tuvo como participantes a adolescentes entre 12 a 18 años de edad de ambos sexos, que no fueran portadores de una discapacidad intelectual y/o psíquica, usuarios del ESA del centro de salud seleccionado, con quienes se realizaron entrevistas semi dirigidas en profundidad. El número total de participantes fue 31 adolescentes y el mismo se determinó por la saturación de la información que emergió del análisis de las entrevistas. Del mismo modo, se integró a los profesionales del equipo de ESA (médica pediatra, psicóloga, odontólogo, nutricionista, médica de familia y ginecóloga) y a la Dirección del Centro de Salud (Director) como informantes calificados con los que se mantuvieron entrevistas semi estructuradas. Se realizó observación participante de las reuniones de equipo de atención y de la sala de espera teniendo una pauta abierta de observación.

### **1. Perfil de los adolescentes que participaron del estudio**

En cuanto a los adolescentes que participaron del estudio, 68% de los entrevistados fueron adolescentes mujeres y el 32% restante varones. El 93,5% eran de nacionalidad oriental y el 6,5% eran extranjeros tramitando la residencia permanente en el país. El 10 % del total tenían un vínculo con una institución por riesgo social (Programas estatales de INAU, MIDES (Jóvenes en Red) o con asociaciones civiles (Beraka)); coincidiendo con el rango etario de los 18 años (75% de los entrevistados de 18 años). Los adolescentes varones consultan menos que las adolescentes mujeres. Es de destacar que a la edad de 17 años, la

---

6 Lic. M. Centurión y Lic. C. Vitale

7 Br. G. Estevez, Br. G. Guido y Br. V. Machado

totalidad de los entrevistados fueron mujeres y el porcentaje mayor de entrevistados varones se ubicó en la edad de 14 años. La mayor consulta de los adolescentes mujeres y varones se realizó a los 15 y 17 años de edad.

En cuanto a la procedencia de los entrevistados, el 58 % de los adolescentes pertenecían al municipio donde se encuentra ubicado el centro de salud: Municipio B. El 42 % restante, provenían de otros municipios (A, C, CH, D, E y F) y zonas de Montevideo (Ciudad Vieja, Centro, Cordón, La Teja, Cerro, Aires Puros, Prado, Pocitos, Tres Cruces, Parque Batlle, Villa Española, Punta Gorda, Carrasco Norte y Maroñas), así como de otras zonas del área metropolitana (La Paz, Canelones).

El 94% de los entrevistados estaban vinculados al sistema educativo (6to año escolar, ciclo básico, bachillerato liceal o de UTU). El 6% se había desvinculado del sistema. Los que se encontraban estudiando a nivel de bachillerato expresaron su aspiración de continuar estudios a nivel terciario.

El 58 % no realizaban actividades recreativas o deportivas. El 36% plantearon que realizaban otras actividades además de sus estudios formales: deportes (fútbol, basquetbol, hándbal, natación, gimnasia, capoeira, boxeo), danza, candombe en comparsa, coro, circo, telas, estudio de lenguas extranjeras (inglés y francés), aprendizaje de algún instrumento musical (guitarra, violín). Estas actividades las desarrollaban en clubes deportivos, en centros de estudios privados, escuela de música o centros juveniles. El 6% restante trabaja.

El 100% de los motivos de consulta de los adolescentes varones fue el control de su salud o tratamientos ante una enfermedad. El 80% de ellos también consultan para tramitar el Carné de Salud Adolescente (CSA). En el caso de las adolescentes mujeres plantearon motivos de consulta variados; habiendo más de un motivo por el que decidieron consultar ( 57% es por ginecología, 52% por CSA, 52% por control médico, 38% por odontología, 19 % por salud mental, 14% por nutrición, 5% por oftamología, 5% por dermatología y 5% por anorexia).

En cuanto a la frecuencia y contacto con el servicio de salud, los entrevistados plantearon que en aquellos casos que requiera un tratamiento por una enfermedad asisten entre tres o cuatro consultas en el año (34%). Si el motivo de consulta es por control, concurren dos veces al año (50%). Si el móvil es la renovación del CSA la concurrencia al centro se realiza una vez al año (16%). Se

podría expresar que el contacto con los servicios de salud es fluido. Del total de entrevistados (31) solo dos adolescentes concurren sin un referente adulto y/o familiar. El 93% fue acompañado por una figura significativa: madre, padre, abuela, hermano mayor, novio, amiga u operador técnico. Aquellos adolescentes que asistieron solos expresaron que sus padres estaban en conocimiento de concurrencia al centro de salud y que el motivo por el cual no los acompañaron fue el laboral. El 84% han sido usuarios únicamente de ASSE y un 16% tienen la experiencia de haber sido también usuarios de una Institución de Asistencia Médica Colectiva de Prepago (IMAC).

La atención se genera a partir de una dolencia específica que lleva a consultar a una especialidad. Una minoría (6%) expresó que el móvil de la consulta es adquirir información de índole psico – social.

## **2. Principales hallazgos de la investigación**

A los adolescentes entrevistados se los puede caracterizar como un grupo heterogéneo en cuanto a su procedencia, por su nivel socio-cultural, económico, educativo con necesidades de salud que puede abordarse casi exclusivamente en el primer nivel de atención.

Las representaciones de los adolescentes sobre los servicios es que éstos no logran captar a los adolescentes sanos más allá del control de salud. A excepción de los adolescentes que la atención se canaliza a través de instituciones gubernamentales u ONG, el vínculo se mantiene por la interinstitucionalidad.

Algunas de las dificultades que se observaron para el abordaje integral por parte de los servicios de salud adolescente fue que estos no desarrollan suficientemente prácticas con una concepción de salud positiva, del cuidado continuo a lo largo de la vida, así como tampoco llevan a cabo la gestión de casos en el proceso de atención a la salud. Del mismo modo, surge el desconocimiento de las pautas establecidas por el PNSAJ del MSP del Uruguay en la forma que el adolescente accede a la consulta. Los usuarios entrevistados señalaron diferentes dificultades que inciden en el acceso a su atención: la demora en la atención, el tiempo de espera y la falta de empatía especialmente de los funcionarios de apoyo a la atención.

Por otra parte, valoran positivamente la formación profesional en la relación asistencial, la proximidad etaria de los técnicos o la experiencia personal asociada a ser padres de hijos adolescentes como características relevantes para la empatía y la escucha de sus necesidades.

Los entrevistados valoran el buen vínculo que han establecido con los profesionales del equipo de salud del Centro estudiado.

En cuanto a las necesidades sentidas y de atención (Bradshaw, 1972) de los adolescentes entrevistados se pueden identificar: Información sobre salud (48%); Autocuidado (48%), Ocio (12%), Felicidad (4%) y Afecto (4%).

La necesidad sentida de adquirir información (Gallardo Pérez, Pérez Piñero y Fariñas Reinoso, 2002) para el autocuidado cobra fuerza en los entrevistados. Especialmente, sobre temas que son relevantes a la etapa que están transitando. Ej. relaciones sexuales seguras.

Los entrevistados no identificaron claramente el aporte de los servicios en su estado de salud, en cuanto a la adquisición o fortalecimiento de capacidades, hábitos saludables, conductas de autocuidado, empoderamiento, etc. Las necesidades sentidas como ocio, felicidad y afecto no se las asocia como necesidades que puedan ser fortalecidas o promovidas por el sector salud sino que quedan ubicadas en el plano de lo personal. Son las necesidades normativas (Bradshaw, 1972) consideradas por el PNSAJ las que diagraman la atención adolescente. Hay una dificultad de poder descentrarse del enfoque de riesgo en la atención.

El 25% ha participado de talleres, ya que era una actividad que coincidía con su atención a su salud en el servicio. Solo un entrevistado plantea que el equipo del ESA le propuso participar de una actividad que organizaron de promoción de salud.

Las mínimas experiencias de participación que los adolescentes tienen en los servicios de salud hacen que no se exprese comportamientos pro activos y no identifiquen la relevancia de tener un papel protagónico en su salud como lo señala Unicef (2006) e IDISU (2012). Algunas causas de las dificultades para el ejercicio de la participación de los adolescentes son: desconocimiento de sus derechos como usuarios y dentro de estos el integrar sus aportes para adecuar la atención a su salud, la desvalorización de su persona para contribuir a un cambio social, la valorización del saber profesional, la incomodidad que genera en el profesional una

actitud activa del adolescente en la consulta y el sin sentido de la participación social en el centro de salud.

En cuanto a la atención a la salud en el primer nivel los entrevistados expresaron no saber que hay una propuesta específica para la atención de la salud adolescente. Surge de sus impresiones que el ESA es un dispositivo dirigido a adolescentes en situación de riesgo como son las adolescentes embarazadas y adictos. Esta representación se nutre de la información que se plasma a través de la cartelería y de constatar la presencia de estos en la sala de espera. Para los entrevistados, son los adolescentes en situación de riesgo los que requieren un equipo de especialistas para controlarlos. Esta representación no se aleja de la proposición originaria del ESA (MIDES – Infamilia, 2006). Se entiende que las prácticas profesionales mantienen arraigada la propuesta original que tenía como población objetivo los adolescentes en riesgo social y para la prevención del embarazo (MIDES – Infamilia, 2006).

Los entrevistados aluden tener poca información específica para las diferentes situaciones por las que están atravesando. La información en carteleras o a nivel de folletería refiere a problemáticas con las que no se sienten identificados: trastorno de la alimentación, violencia doméstica, VIH, sífilis, HPV, embarazo adolescente, adicciones, consumo problemático, entre otros. El lenguaje escrito y las imágenes utilizadas no son apropiados para la población objetivo. Los contenidos de estos son infatilizados o lenguaje técnico.

Si bien el 100% indica a la consulta individual como el modo de atención en el primer nivel, esta situación puede en parte atribuirse a la estructura edilicia del centro de salud que no permite el abordaje interdisciplinar, como lo señaló el Director del Centro en la entrevista realizada. Los espacios destinados para la atención son consultorios pequeños del área pediátrica donde se desarrolla la consulta por un solo profesional o a lo sumo dos. El adolescente tiene que trasladarse de consultorio a consultorio. La consulta en ginecología u odontología se realiza en otra parte del centro por fuera del sector designado para el ESA. Sin embargo para los profesionales la representación de la atención brindada es interdisciplinar.

### 3. Conclusiones y Recomendaciones

Los adolescentes entrevistados dan cuenta de que también son portadores de estereotipos culturales en cuanto a la concepción del modelo de atención en salud, lo que determina la forma de uso y de vincularse con los mismos. La RS que poseen sobre esta condice con el modelo de atención médico hegemónico (MMH) (Menéndez, 1985) que se sustenta en el paradigma individual restrictivo (Saforcada, 1999). Para estos la finalidad de los servicios de salud es el curativo y reconstitutivo de la salud perdida. Las dolencias asociadas al cuerpo son las que tienen mayor jerarquía para iniciar el proceso de atención, desvalorizándose los aspectos psico-sociales. La concepción subyacente de salud es biologicista. Es de señalar que valoran la consulta individual cuando se da en un marco de escucha por parte del profesional.

El ESA ha sido propuesto por el PNSAJ del Uruguay como el espacio privilegiado para la atención integral del adolescente. La definición del mismo permite ubicar al adolescente como usuario del servicio de salud con necesidades e intereses específicos (Arias, M y Suárez, Z, 2016). Fue significativo que varios de los entrevistados no se reconocían como usuarios del mismo.

Será importante trabajar los derechos a la salud y como usuarios de un servicio de salud para que pueda impactar en la accesibilidad de la atención a este grupo etario.

Es sustancial que los profesionales puedan identificar las necesidades sentidas y de atención (Bradshaw, 1972) de los adolescentes para desarrollar prácticas desde una concepción de cuidado continuo a lo largo de la vida, así como de la gestión de casos en el proceso de atención a la salud integral de este grupo etario. Para ello será importante que integren la sistematización de la información de los usuarios y que partan de ella para diagramar la atención. Del mismo modo, el que puedan integrar a la información como herramienta de trabajo en las intervenciones psicosociales con adolescentes. Se tiene que priorizar el desarrollo de la consejería y de los espacios de consultas más allá de la atención de la salud sexual y reproductiva y la consulta clínica. Asimismo, la integración del uso de las TIC (youtube, blog, facebook, apps, etc.). De acuerdo con lo expresado, será necesario reforzar la presencia y/o integrar otros profesionales que provengan del área social y comunicacional. De esta manera sus aportes también impactarían en la mejora de

la comunicación de los servicios de salud / técnicos con los adolescentes, en la alfabetización en salud y en la calidad de la información.

Es de crucial importancia que los profesionales capten a los adolescentes que no poseen indicadores de riesgos en su salud y que puedan trabajar en conjunto en el diseño de propuestas que permitan contribuir al cuidado de la misma a lo largo de la vida y al proceso de autonomía. En tal sentido, habilitar y promover la figura de promotor de salud del adolescente puede ser una experiencia con un potencial que no se debería desestimarse. La experiencia de “promotores de salud” que posee larga data en Uruguay, da cuenta del impacto positivo que posee tanto en el que ejerce el rol de promotor como en el par que adquiere información para la adquisición de conocimientos en salud. Para ello, es clave el trabajo con los adolescentes sobre sus derechos como usuarios y el derecho a la salud. Esto permitiría un mayor grado de expresión de la participación y el aporte de los servicios a su salud. Del mismo modo, se entiende necesario que las prácticas de salud de los servicios integren el trabajo con las familias y figuras significativas del adolescente. Requerirá no solo de abordajes a nivel del centro de salud sino a nivel comunitario y de campañas masivas de comunicación.

La formación continua de los profesionales y la formación a los funcionarios en temáticas como: construcción de equipo, la integración de diferentes saberes, el trabajo interdisciplinar, el enfoque de derechos, los determinantes sociales de la salud, la accesibilidad, concepción de adolescencia/s desde el paradigma de la complejidad y los aspectos psico - socio- culturales en la relación asistencial, entre otros. Será un elemento clave para lograr mejores grados de adecuación de la atención a la salud de este grupo etario.

Se considera que el equipo de atención del ESA del Centro de Salud tiene fortalezas que permiten desarrollar buenas prácticas de atención a la salud adolescente. La experiencia de sus integrantes, el compromiso con que desarrollan sus prácticas, el buen vínculo que establecen con los adolescentes son factores imprescindibles para el trabajo desde una perspectiva integral de la atención.