

FASCÍCULO 1

Lineamientos para el
Abordaje de la Salud Integral
de Adolescentes en el
Primer Nivel de Atención

SALUD INTEGRAL



Dirección de
Adolescencias y Juventudes



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*

Autor: Dirección de Adolescencias y Juventudes. Ministerio de Salud de la Nación

Coordinación General: Juan Carlos Escobar y Eugenia Soubies

Elaboración de contenidos: Eugenia Soubies, Mariel Spalleta, Juliana Espert, Fátima Monti, Alexia Nowotny, Victoria Pedrido, Agostina Chiodi, Maia Masciovecchio, Constanza Díaz, Juan del Bene, Andrea Franck, Gabriela Benítez, Carina Facchini, Andrea Grieco, Lucía Deluca, Melisa Pierce, Ana Fuks, Alejandra Otaso, Soledad López, Morena Arín, Romina Pighin, Clara Mariano y Jelich.

Colaboraciones: Lucía Wang, Susana Ciruzzi, María del Carmen Hiebra, Diana Pasqualini, Gloria Bonatto, Sandra Impini, Joel Granito, Alba Orellana, Fundación Huésped y RedNac (por Colectivo de Juventudes)

Revisión: Miriam Duarte, Jimena López, Diva Janneth Moreno Lopez

Edición: Ofelia Musacchio y Eugenia Soubies

Diseño: Agustina de la Puente, Leila Lewkowicz, María Eugenia de León, Solange Coste (Dirección de Comunicación Institucional y Prensa Ministerio de Salud de la Nación)

Ilustraciones: Natalia Epstein

Este material fue realizado con el apoyo de UNICEF Argentina.

ISBN 978-950-38-0321-9

Mesa de debate: *Salud Integral en las Adolescencias*

Juan Carlos Escobar, Mariana Vazquez, Silvana Pallini, Mariel Spalletta, Alexia Nowotny, María Inés Pérez, Marcos Guillén, Diva Moreno, Norberto Liwski, María Noel Ferri, Norma Mora, Mariana Incarnato, Alejandra Perinetti, Giancarlo Quadrizzi, Sergio Balardini, Norma Schulman, Daniela Giacomazzo, Rosario Castelli, Morena Arin, Cristina Catsicaris, Graciela Miklaski, Claudia Bregazzi, Susana Ciruzzi, Anabela Rosconi, Andrea Grieco, Nayla Procopio.

Ministerio de Salud de la Nación

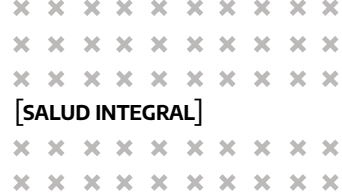
Salud integral / contribuciones de Eugenia Soubies ... [et al.] ; coordinación general de Juan Carlos Escobar ; Eugenia Soubies ; editado por Ofelia Musacchio ; Eugenia Soubies ; ilustrado por Natalia Epstein. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2023.

71 p. : il. ; 24 x 18 cm. - (Lineamientos para el Abordaje de la Salud Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención)

ISBN 978-950-38-0321-9

1. Acceso a la Salud. 2. Adolescencia. 3. Atención Primaria de Salud. I. Soubies, Eugenia, colab. II. Escobar, Juan Carlos, coord. III. Musacchio, Ofelia, ed. IV. Epstein, Natalia, ilus. V. Título.

CDD 362.04



AUTORIDADES

Presidente de la Nación
Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación
Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud
Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias
Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida
Marcelo Bellone

Director de Adolescencias y Juventudes
Juan Carlos Escobar

Prólogo

Más de quince años transcurrieron desde la creación del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) –hoy Dirección de Adolescencias y Juventudes (DIAJU)-, consolidándose una política pública que promueve el derecho al acceso de adolescentes y jóvenes al sistema de salud. El camino recorrido implicó ir adaptando los enfoques y estrategias de abordaje, no solo al marco normativo y sus avances en término de derechos, sino también a las demandas y necesidades de los equipos de salud, pero sobre todo de adolescentes y jóvenes.

Las últimas décadas han estado signadas por profundos cambios sociales, culturales y políticos. La cuarta ola feminista, las reivindicaciones del movimiento de la diversidad sexual, las conquistas en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos, la masificación del uso de las tecnologías, entre otros; han configurado nuevas formas de estar en el mundo, donde adolescentes y jóvenes se constituyeron en protagonistas de gran parte de esos cambios. Asimismo, las sucesivas crisis económicas y políticas a nivel mundial, las consecuencias del cambio climático y la reciente pandemia de la COVID-19, ponen en jaque las perspectivas de futuro, generando un contexto de incertidumbre global, lo que nos obliga a quienes trabajamos con adolescentes y jóvenes, a recrear estrategias que ayuden a recomponer el lazo social y sostener la esperanza de un futuro mejor para todos.

En el año 2011, desde el PNSIA y en colaboración con el Fondo de Población de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), se publicaron los “Lineamientos para la atención integral de adolescentes en espacios amigables y de calidad”, documento que constituyó un faro para los equipos de salud en materia de ordenamiento de la atención, contemplando el marco jurídico existente y reforzando los conceptos de autonomía progresiva e interés superior; así como los de confidencialidad y privacidad en la consulta.

Desde aquella publicación y hasta la fecha, desde la DIAJU fuimos ampliando y complejizando las propuestas y abordajes para la atención en salud de adolescentes y jóvenes, proceso que implicó numerosas investigaciones y publicaciones, diferentes instancias de capacitación y actualizaciones sobre la temática; en consonancia con los avances del co-

nocimiento científico y el surgimiento de nuevos marcos normativos nacionales (como la ley de Identidad de Género, la modificación del Código Civil y Comercial, la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y Atención Posaborto y la de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, ITS y Tuberculosis; entre otras). Todo lo anterior, en articulación permanente con la Red nacional de referentes provinciales de Salud Adolescente y una creciente participación adolescente y juvenil.

Sin ánimo de agotarlos, podemos sintetizar algunos de estos cambios de abordajes y paradigmas en los siguientes: a) de un enfoque materno-infantil al de curso de vida; b) de una perspectiva de tutela a una de sujetos y protección de derechos; c) de 'servicios diferenciados' a una atención transversal e intersectorial, con foco en la estrategia de Atención Primaria de la Salud; d) del enfoque de riesgo al de vulnerabilidades; e) de la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual a la promoción del placer y el cuidado; f) de una sexualidad cisheteronormativa a la incorporación de adolescencias y juventudes LGBTTIQ+; g) de una perspectiva abstencionista a una de reducción de riesgos y daños, comprendiendo la complejidad de los consumos; h) de políticas adultocéntricas a promover el protagonismo y la participación adolescente y juvenil.

Claro que estos postulados, presentados aquí de manera dicotómica, coexisten aun reflejando la heterogeneidad de los equipos y territorios; lo que nos invita al cuestionamiento de cada una de nuestras prácticas, así como a la capacitación y actualización permanentes.

Y es ahí, donde nos enorgullece presentar los "Lineamientos para el abordaje de la salud integral de adolescentes en el Primer Nivel de Atención", un conjunto de documentos que busca mucho más que actualizar los lineamientos del año 2011, sino más bien, dar cuenta de la complejidad en el abordaje de las adolescencias y juventudes, brindando herramientas para la atención del proceso de salud-enfermedad-cuidados; incorporando conceptos relacionados con las violencias, la diversidad sexual y de expresión e identidad de género, la diversidad corporal y funcional, los múltiples componentes de la salud física y mental; la salud sexual y (no) reproductiva; la participación adolescente y juvenil; la adecuación de espacios de salud y escolares para facilitar el acceso.

La elaboración de los mismos requirió un largo proceso de trabajo, proyectado en diferen-

tes etapas. Con el apoyo inicial de UNICEF y la SAP se elaboró la propuesta de trabajo y calendarización, a través de un encuentro con profesionales y especialistas de vasta trayectoria, en donde se definieron las temáticas a abordar, ejes y sugerencias de contenidos. A partir de allí se inició un proceso de construcción colectiva entre integrantes del equipo técnico de la DIAJU, especialistas y referentes de diversas áreas, para la colaboración en la escritura y revisión de los apartados.

El documento general cuenta con siete fascículos: Salud Integral; Evaluación Integral de Salud; Salud Sexual; Género y Diversidades; Violencias y Lesiones; Educación, Trabajo y Salud Integral; Participación Juvenil. Los mismos pueden abordarse de manera separada o en su conjunto; y si bien reflejan la variedad y complejidad de temáticas relacionadas con la salud de adolescentes y jóvenes, no las agota. Buscamos que estos lineamientos funcionen como una hoja de ruta para cada uno de los equipos de salud, pero también de otras áreas como educación, organismos de protección de derechos, etc., para su trabajo en los territorios.

Paralelo al proceso de elaboración, fueron sucediéndose diferentes estrategias y políticas públicas dirigidas a la población adolescente y juvenil, tales como el Plan Estratégico de Salud Adolescente 2019-2023; el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No intencional en la Adolescencia (ENIA); el abordaje integral del Suicidio y las autolesiones; la incorporación de la perspectiva de género y masculinidades en la promoción de la salud; el fortalecimiento del dispositivo de Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias y otros espacios socioeducativos (ASIE); la creación del Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (CONSAJU). Gran parte de estas políticas se encuentran en diálogo con los diferentes contenidos y propuestas que traen los Lineamientos.

Finalmente, un reconocimiento a cada una de las personas que de una forma u otra han contribuido a la construcción de este material de manera colectiva, diversa y comprometida.

Les invitamos a recorrerlos, con el convencimiento de que aportarán a la práctica cotidiana de los equipos para mejorar la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes.

Juan Carlos Escobar
Director de Adolescencias y Juventudes

x x x x x x x x x

x x x x x x x x x x x x x

x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x
[SALUD INTEGRAL]
x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x

En las siguientes páginas procuraremos reflexionar sobre conceptos y perspectivas que guían el trabajo con adolescentes en el campo de la salud. Se trata de lineamientos generales que permiten ser leídos a la luz de las distintas realidades y complejidades por las que atraviesan las adolescencias en nuestro país, así como los diversos contextos en los que funcionan los servicios de salud que les acompañan. Estos conceptos pretenden orientar el trabajo promocional y preventivo en salud integral, considerando que la participación de adolescentes en la toma de decisiones sobre los aspectos que involucran su salud es un asunto crucial que debe incorporarse en el diseño de las prácticas. Para facilitar el desarrollo se comparten infografías con datos actualizados, situaciones para reflexionar, referencias textuales y preguntas para pensar en equipo.

[ÍNDICE]

10 ADOLESCENCIAS: MIRADAS Y DEBATES

- 10 Adolescencias en plural
- 13 Situación de salud de las adolescencias en la Argentina

24 MARCO DE DERECHOS

28 SALUD INTEGRAL: UNA DIMENSIÓN EN CONSTRUCCIÓN PERMANENTE

- 30 Pensar desde las categorías de curso de vida y determinantes sociales de la salud
- 33 Estrategia de Atención Primaria de la Salud
- 36 Interdisciplina e intersectorialidad
- 40 Construir territorialidad y redes

42 ACCESO A LA SALUD

- 42 Accesibilidad
- 45 Espacios de salud que brindan respuestas

47 ESTRATEGIAS PARA AMPLIAR EL ACCESO A LA SALUD

- 47 Fortalecer la autonomía y la autodeterminación de les adolescentes y jóvenes con discapacidad
- 57 Promover el acceso a la salud de adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley y en contexto de encierro
- 62 Interculturalidad y salud pensando adolescencias
- 66 Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias

68 BIBLIOGRAFÍA



ADOLESCENCIAS: MIRADAS Y DEBATES

ADOLESCENCIAS EN PLURAL

El período de la vida entre los 10 a 19 años es clave en la vida de las personas. Tradicionalmente se define a la adolescencia como la época en la que se da el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales, se adquieren nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales, y se fortalecen la autoestima, la autonomía, valores e identidad (Pasqualini y Llorens, 2010) apoyándose en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo (Krauskopf, 2013).

Se considera como adolescencia temprana la etapa comprendida entre los 10 y 14 años y tardía a la que se extiende entre los 15 y 19 años. En ese mismo marco, se aplica el concepto de “joven” o “juventudes” a las personas de 15 a 24 años. Muchos de los problemas de salud prioritarios de adolescentes y jóvenes están interrelacionados y requieren de acciones integradas. El marco normativo argentino reconoce como adolescencia a la etapa comprendida entre los 13 y los 18 años¹.

Cotidianamente escuchamos o utilizamos afirmaciones como:

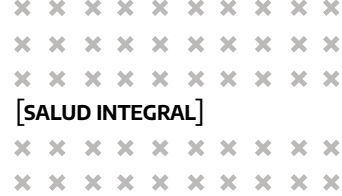
“La adolescencia es una edad de riesgo”

“Les adolescentes no saben lo que quieren”

“La adolescencia es una transición entre la niñez y la adultez”

“Durante la adolescencia los problemas son solamente sexuales”

¹ Código Civil y Comercial de la Nación 2015 (art. 25)



PARA PENSAR EN EQUIPO

¿Qué entendemos por adolescencia? ¿Cómo podemos definirla? ¿La adolescencia es una etapa unívoca e igual para todas las personas? ¿Hablamos de adolescencia o adolescencias? ¿Todos los recorridos son similares?

Existen variadas definiciones acerca de las adolescencias que cambian según las épocas y los contextos. Uno de los riesgos al intentar una definición única es el de la simplificación al considerarlas como un fenómeno uniforme y universal que ocurre del mismo modo en todas las personas y ambientes. La existencia de diversas definiciones, por distintas disciplinas, sumado al devenir de la historia, los hechos políticos, la cultura y el lugar donde se desarrollan las adolescencias hacen que puedan describirse al mismo tiempo distintas *vivencias adolescentes*. Es importante tener en cuenta la multiplicidad de realidades socioeconómicas de las adolescencias a lo largo del país, reconocer sus condiciones de vida (situación familiar, contexto habitacional, discapacidades, posibilidad de acompañamiento, vínculos con otras personas) estimando el carácter único de cada persona².

Suponer que existe una «naturaleza adolescente» presume una normatividad que establece un *deber ser* y sostiene el modo en que se clasifica y califica a los sujetos. De esta manera se configura e impone «lo que es nor-

² No se puede hablar de la adolescencia como entidad homogénea en un contexto social cuya segmentación y fragmentación producen importantes diferencias “en las formas de vivir y resolver la cotidianidad, en el cuidado de los cuerpos y en el acceso a los recursos tanto materiales como simbólicos” (Alicia Stolkiner 2013).



mal» “y, por lo tanto, todo aquello que no se ajuste al canon implica un desvío (a corregir)” (Kantor, 2008). También se deben reconocer los posicionamientos y preconceptos *adultocéntricos*, fundados en la creencia de que la adultez es una etapa superior o mejor para comprender, tomar decisiones, integrarse socialmente y ser una persona respetada. Esta creencia, todavía compartida social y culturalmente, se basa en la jerarquización de una etapa de la vida por sobre otras y la posibilidad de dominación y ejercicio de poder y privilegios de las personas adultas por sobre niños y adolescentes.

Es necesario observar los efectos que generan las representaciones hasta aquí mencionadas en el trabajo cotidiano, y tenerlas en cuenta a la hora de desarrollar prácticas más respetuosas y que efectivicen la participación activa de adolescentes en el diseño de las acciones que garanticen el acceso pleno a su salud integral.



PARA AMPLIAR

- Los marcadores de juventud: la complejidad de las edades. Dina Krauskopf. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362015000100006
- Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes. OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3523/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Video: Ser Adolescente. Disponible en: <https://www.facebook.com/UNICEFArgentina/videos/10155657522202450/>
- The age of adolescence. S.Sawyer; P. Azzopardi. The Lancet, 2018. Disponible en: <http://www.codajic.org/node/2932>
- “Emerging Adulthood A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties” Disponible en: http://jeffreyarnett.com/ARNETT_Emerging_Adulthood_theory.pdf

SITUACIÓN DE SALUD DE LAS ADOLESCENCIAS EN LA ARGENTINA

Contar con datos específicos, detallados y de calidad sobre la población adolescente es un aspecto ineludible para poder diseñar políticas públicas y llevar a cabo estrategias de trabajo que sean viables y logren un impacto positivo en la mejora del acceso y la atención de su salud y su calidad de vida. Estos datos también colaboran en la descripción de las distintas vivencias adolescentes, como se mencionó previamente. Es importante acceder a los datos de la jurisdicción en la que se trabaja.

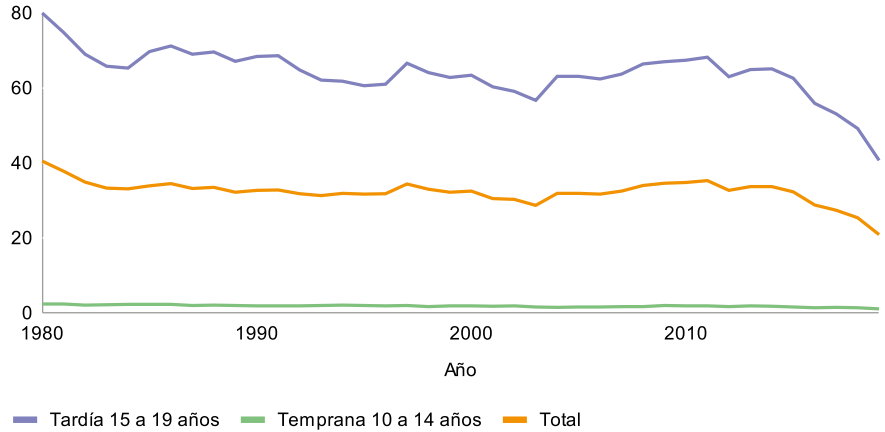
POBLACIÓN ADOLESCENTE. Según las proyecciones poblacionales realizadas por INDEC para el año 2019, del total poblacional de 44.938.712 habitantes en el país, se registran 7.051.478 adolescentes de entre 10 y 19 años, que representa el 16% de la población total, con una distribución similar entre los rangos de 10-14 y 15-19 años, 3.542.513 y 3.508.965, respectivamente. Asimismo, según la misma fuente, se registra una distribución similar según género, registrándose como varones y mujeres de entre 10-19 años: 3.438.630 mujeres y 3.612.848 varones.

FECUNDIDAD. Centrándose en la fecundidad adolescente, durante el año 2019 los nacidos vivos de madres adolescentes han sido en total 71.741, que representan en relación al total de los rangos etarios el 11,5% de nacimientos. Para este mismo año, la tasa de fecundidad adolescente ha sido de 20,9 nacidos vivos cada 1.000 mujeres, siendo este indicador de 1,1 para adolescentes entre 10 y 14 años, y de 40,7 en el rango de 15 a 19 años³. Si bien los valores en la tasa de fecundidad adolescente continúan siendo elevados, en los últimos años se puede observar un sostenido descenso que puede verse representado en el siguiente gráfico.

³ DEIS 2021. INDICADORES SELECCIONADOS DE SALUD Población de 10 a 19 años. Argentina 2019. Boletín N° 165. Ministerio de Salud de la Nación

Tasa de Fecundidad Adolescente total, precoz y tardía, Argentina 1980-2019

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS



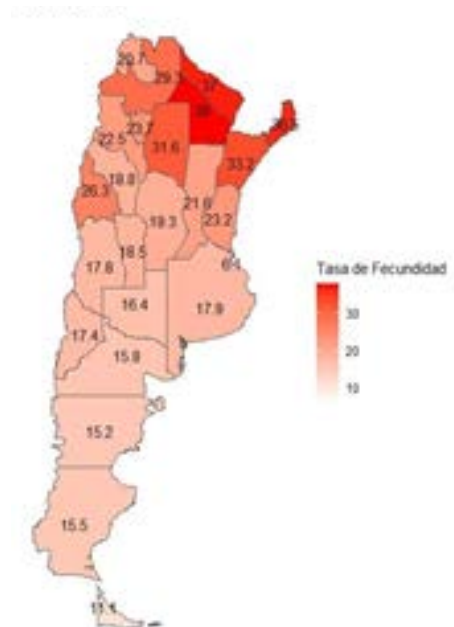
14



Al analizar la tasa de fecundidad total para el año 2019 según provincia se observa que no se distribuye de manera uniforme, sino que hay provincias donde los nacimientos de madres adolescentes son más elevados.

Tasa de Fecundidad adolescente por provincia, cada 1000 mujeres Argentina 2019

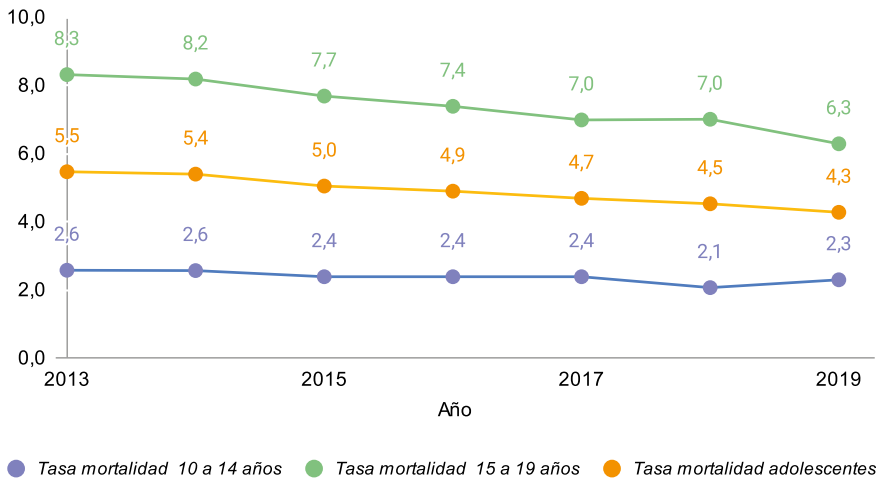
Fuente: DEIS 2021



MORTALIDAD. Durante el año 2019 las muertes adolescentes han representado cerca del 1% de las muertes totales en el país. Con 3.014 muertes en dicho año, la tasa de mortalidad adolescente ha sido de 4,3 muertes cada 10.000 adolescentes a nivel nacional. Siguiendo los registros realizados por la DEIS, esta tasa tiene grandes variaciones al analizarla según sexo: 5,5 defunciones cada 10.000 varones y 3 defunciones cada 10.000 mujeres. Al observar la evolución de la tasa de mortalidad, se aprecia una disminución de la misma, explicada principalmente por la baja en la tasa de mortalidad en el rango de 15 a 19 años.

Tasa de mortalidad adolescente cada 10.000 habitantes

Fuente: DEIS 2013-2019

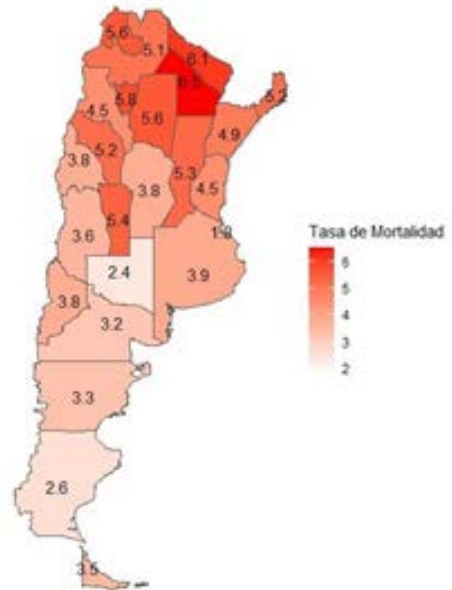


Al igual que se mencionaba en relación a los niveles de fecundidad, durante el año 2019 se encuentran diferencias entre las provincias en las tasas de mortalidad adolescente.



Tasa de mortalidad
adolescente por provincia,
cada 10000 adolescentes
Argentina 2019

Fuente: DEIS 2021



Es importante tener en cuenta que en Argentina al hablar de mortalidad adolescente encontramos una alta proporción de defunciones por causas externas. Durante el año 2019 la misma ha sido el 55% del total de las causas de muerte (1.666 defunciones), a razón de la defunción de 1 mujer cada 3 varones. Los suicidios de adolescentes de 10 a 19 años han representado el 27,5% (459) del total de muertes por causas externas⁴.

Otro dato importante a remarcar es que durante el año 2019, del total de muertes relacionadas con embarazo, parto y puerperio, el 13% (29 casos) han sido de adolescentes, 2 de esas defunciones corresponden a embarazos terminados en abortos.

⁴ DEIS 2021. INDICADORES SELECCIONADOS DE SALUD Población de 10 a 19 años. Argentina 2019. Boletín N° 165. Ministerio de Salud de la Nación



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS): VIH Y SÍFILIS.

A continuación, se refieren indicadores incluidos en el boletín sobre VIH, sida e ITS en la Argentina⁵, publicado por la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC (DSETSHyT) en 2019.

Al analizar la evolución del VIH en Argentina, se observa que la tasa general por 100 mil habitantes ha venido descendiendo levemente en los últimos años aunque, en términos absolutos, se mantiene en alrededor de 5.800 reportes de nuevos diagnósticos por año. Al analizar las tasas específicas de VIH cada 100.000 habitantes según rango etario y sexo, se registra la tasa de 0,5 entre niñas de 10 a 14 años y de 0,7 entre niños del mismo grupo de edad. Los valores de las tasas específicas de VIH cada 100.000 habitantes ascienden a 10,2 entre mujeres de 15 a 24 años; y 22,3 entre varones de 15-24 años.

Por otra parte, desde el año 2010 la tasa de sífilis a nivel nacional crece sostenidamente. De las notificaciones de sífilis en consultas clínicas durante el año 2018 encontramos que el 44% pertenece a varones (tasa de incidencia 45,2 c/100.000 habitantes) y el 56% a mujeres (tasa de incidencia 55,9 personas c/100.000 habitantes). Esta distribución probablemente sea atribuible a la mayor accesibilidad de las mujeres a los servicios de salud, más que a la distribución de la infección en la población. Asimismo, considerando los casos notificados y las tasas de sífilis cada 100.000 habitantes según grupo etario, se registra una tasa de 25,6 en el rango de 10 a 14 años con un aumento exponencial en el segmento de 15 a 24 años de 126 c/1000 habitantes.

Al analizar los porcentajes de positividad de pruebas de sífilis en personas gestantes, según grupo etario, se registra 2,5% de positividad de sí-



⁵ Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina. N° 36 - AÑO XXII - DICIEMBRE DE 2019. Ministerio de Salud de la Nación

filis en personas gestantes de 10 a 14 años; 4,7% en personas gestantes de 15-19 años; y 4,8% en personas gestantes de 20 a 24 años.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. A partir de la encuesta mundial de salud escolar realizada en el país en los años 2007, 2012 y 2018 podemos aproximarnos a comportamientos relativos a la salud entre estudiantes de Argentina.

Dicho estudio indica que más de la mitad de los estudiantes entre 13 y 17 años han indicado haber consumido alcohol en los últimos 30 días. Esta proporción disminuye al hacer referencia a emborracharse alguna vez en la vida, donde el 37% dice haberlo hecho. Entre estudiantes de 16 y 17 años este dato se eleva a un 57%.

Al observar evolutivamente esta información en el rango etario de 13 a 15 años, podemos observar que disminuye el consumo entre los varones, a la vez que aumenta levemente para las mujeres, ubicándose por encima del consumo masculino.

En relación al consumo de cigarrillos en los últimos 30 días podemos observar que en edades más tempranas (13 a 15 años) son las mujeres quienes registran mayor nivel de consumo (16,8% mujeres, 12,1% varones). Estos valores se igualan en la franja etaria de 16 a 17 años, con un promedio de 28,3%. Al observar este dato de modo evolutivo en el rango etario de 13 a 15 años, se observa una disminución sostenida del consumo de cigarrillo tanto para varones como para mujeres (2007: 21%; 2012: 18,8%; 2018: 14,6%).

Sobre el consumo de marihuana, encontramos que en las edades de 13 a 15 años el 8,2% de los estudiantes han consumido alguna vez en la vida (valor parejo entre ambos sexos), elevándose este dato a 24,3% en edades de 16 y 17 años, con mayor incidencia entre varones (27%).



Otro estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes a nivel nacional (SEDRONAR, 2014)⁶, confirma que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida -al menos una vez en la vida- entre los estudiantes secundarios (70,5%). Seguido por las bebidas energizantes (67,5%) y, en menor medida, el tabaco (35,8%) y la marihuana (15,9%). El 5,9% de los estudiantes declaró haber consumido al menos una vez psicofármacos (tranquilizantes y/o estimulantes) sin prescripción médica. El resto de las sustancias presentan valores inferiores al 5%: tranquilizantes sin prescripción médica (4,5%), cocaína (3,7%), solventes/inhalables (3,5%).

Al considerar las variaciones según sexo para la categoría "consumo alguna vez en la vida" no se presentaron diferencias significativas respecto al alcohol, sin embargo, se registraron diferencias para el consumo de marihuana (18,8% para los varones y 13,2% para las mujeres) y cocaína (4,7% para los varones y 2,6% para las mujeres). Sin embargo, esta relación se invierte en el caso del consumo alguna vez en la vida de psicofármacos. En el caso de los tranquilizantes sin prescripción médica las mujeres declararon haber consumido alguna vez en la vida en mayor medida que los varones (5,0% para las mujeres y 4,0% para los hombres). También en el caso del consumo alguna vez en la vida de tabaco se observa una mayor proporción en las mujeres, aunque por una leve diferencia (34,9% los varones y el 36,8% las mujeres).

En este sentido cabe señalar que, exceptuando el alcohol, las bebidas energizantes y el tabaco, la marihuana y luego la cocaína son las sustancias más consumidas al menos una vez entre los varones, mientras que entre las mujeres se destaca la marihuana y, en segundo lugar, los psicofármacos sin prescripción médica.

⁶ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/oad_2014_sexto_estudio_sobre_consumo_de_sustancias psicoactivas_en_estudiantes_de_enseñanza_media_diagnostico_nivel_pais.pdf

De acuerdo al mismo estudio (SEDRONAR, 2014), en cuanto a los grupos de edad, las prevalencias de consumo alguna vez en la vida se incrementan a medida que aumenta la edad del grupo, encontrando los valores más elevados entre los estudiantes de 17 años cualquiera sea la sustancia que se considere. No obstante, el peso de cada una de las sustancias al interior de cada grupo varía según el grupo etario que se considere: en el grupo de 14 años o menos, las bebidas energizantes son la sustancia más consumida alguna vez en la vida (55,9%), seguido por el alcohol (50,7%), el tabaco (21,4%), la marihuana (5,8%) y los psicofármacos sin prescripción médica (3,7%).

En el grupo de 15 y 16 años, la sustancia más consumida alguna vez en la vida es el alcohol (79,8%), seguido por las bebidas energizantes (73,1%), el tabaco (40,4%), la marihuana (18,3%) y los psicofármacos sin prescripción médica (6,7%). Luego siguen los solventes e inhalables y la cocaína que presentan una proporción similar (3,9% y 3,8% respectivamente).

En el grupo de 17 años y más, también el alcohol es la sustancia más consumida alguna vez en la vida (88,7%), seguida por las bebidas energizantes (79,3%), el tabaco (52,1%), la marihuana (28,3%) y los psicofármacos sin prescripción médica (8,1%). Sin embargo, a diferencia de los otros dos grupos de edad, la cocaína tiene una proporción casi idéntica (6,1%) a la de tranquilizantes sin prescripción médica (6,2%). También se observan diferencias con respecto a la proporción de jóvenes que declararon haber consumido alguna vez éxtasis y alucinógenos, las cuales alcanzan un 3,6% y 3,8% respectivamente.

Al observar las tasas de consumo durante el último mes -o consumo actual- según el mismo estudio (SEDRONAR, 2014), la mitad de los estudiantes declaró haber consumido alcohol durante el último mes. Por otra parte, el 25,7% manifestó haber consumido bebidas energizantes, el 15,1% tabaco y el 7,6% marihuana. Siguiendo el mismo patrón, el consu-

mo de psicofármacos se sitúa a continuación del de marihuana con un 1,8%. Las prevalencias de mes para el resto de las sustancias psicoactivas son inferiores al 1%.

Considerando el consumo actual de alcohol, tabaco y psicofármacos, las diferencias entre varones y mujeres no son significativas. En el caso de la marihuana, los varones declararon haber consumido durante el último mes en una mayor proporción que las mujeres (9.3% y 6%, respectivamente). Si observamos el consumo durante el último mes de alcohol, tabaco y marihuana según grupo etario, las prevalencias presentan valores mayores a medida que aumenta la edad y, por otra parte, las diferencias más pronunciadas se encuentran entre el grupo de 14 años o menos y el de 15 y 16 años.

Por último, en el caso del consumo actual de bebidas energizantes, las prevalencias más altas se observan también en los estudiantes de 17 años y más, siendo una proporción alta el uso combinado con alcohol: el 66,8% de los estudiantes de 14 años o menos, el 83,5% de los estudiantes de 15 y 16 años y el 91% de los estudiantes de 17 años o más que consumió bebidas energizantes durante el último mes, lo hizo de forma combinada con alcohol.

EDUCACIÓN Y TRABAJO. Para aproximarnos al sistema educativo en Argentina es preciso contemplar que la estructura académica en las diferentes jurisdicciones se ajusta a la Ley de Educación Nacional 26.206. Según la misma el sistema educativo se estructura en un nivel primario y uno secundario, y se divide en modalidades de enseñanza Común y Especial. También encontramos dos variables que atraviesan el sistema educativo de manera transversal: Rural (localidades de menos de 2.000 habitantes) y Técnico-profesional. En el siguiente cuadro encontramos la distribución en la matrícula del año 2019 según nivel de

enseñanza y modalidad.⁷

Nivel de enseñanza	Alumnos por modalidad de enseñanza				
	Común	Común rural	Especial	Especial Rural	Técnico-Profesional
Primario	4832979	467226	50263	1310	-
Secundario	3866041	279352	37996	542	693519

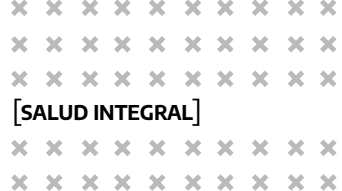
Fuente: Elaboración propia en base a Anuario Estadístico Educativo 2019

Paralelamente al anuario escolar, consideramos necesario incluir información surgida a partir de la Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes –EANNA 2016-2017– para un mayor abordaje sobre su situación escolar y laboral. Esta encuesta brinda información sobre la magnitud y las modalidades que adquiere el trabajo infantil en Argentina, tanto para áreas urbanas como rurales. Siguiendo la ley Nacional N° 26.390 de “Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente” este estudio diferencia rangos etarios de 5 a 15 años, y 16 y 17 años. Destacamos a continuación, algunos de los principales resultados⁸ que serán ampliados en el fascículo 6 “Educación, trabajo y salud integral”.

En Argentina la realización de actividades productivas abarca al 10% de niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 15 años, y se amplía al 31,9% entre 16 y 17 años. Esta proporción es mayor en las zonas rurales para ambos grupos etarios.

La participación en actividades productivas es diferencial por género, en cuanto a tareas realizadas e ingresos percibidos. Son los varones quienes tienen mayor presencia en el mercado y perciben mayores ingresos. Al centrarse en la realización de actividad doméstica intensiva, esta tendencia se invierte, siendo las mujeres las que desempeñan mayormente

⁸ EANNA Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2016-2017, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), NOVIEMBRE 2018



estas actividades. Si bien en los rangos etarios de 5 a 15 y 16 a 17 se mantienen estos comportamientos, los mismos se acentúan entre los adolescentes mayores.

Un aspecto para destacar es que **la realización de actividades laborales en niños y adolescentes tiene una incidencia negativa en las trayectorias educativas**, tanto en lo que refiere a abandono como repitencia.

En términos generales podemos decir que **las desigualdades que existen a nivel nacional por género y por edad, se profundizan en las zonas rurales.**



MARCO DE DERECHOS

Argentina cuenta con un importante marco normativo en materia de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA), que les reconoce como sujetos plenos de derechos y ya no como objeto de tutela. Con la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño (CDN), y su incorporación a la Constitución Nacional en 1994, Argentina asume el compromiso de incorporar el “paradigma de la protección de derechos” que se basa en el enfoque de los derechos humanos. Este modelo impone el reconocimiento de NNyA como ciudadanos con los mismos derechos que todas las demás personas. Esto implica que ya no actuamos sobre individuos sino frente a la situación en que se encuentran, para facilitar su desarrollo autónomo y habilitarles de manera directa el ejercicio de sus derechos. Cada encuentro con adolescentes es una buena oportunidad para brindar información sobre sus derechos, que muchas veces desconocen, en lo que respecta al cuidado del propio cuerpo y la toma de decisiones.

La Convención distingue principios rectores que deben ser respetados y prevalecer en la base del accionar cotidiano de quienes rodean a NNyA: el derecho a la **participación directa** en la toma de decisiones; el desarrollo de la **autonomía progresiva** de acuerdo al grado de madurez, la garantía del **interés superior** en los casos de colisión de derechos; y la **igualdad y no discriminación**.⁹

Niños, niñas y adolescentes (NNyA) tienen derecho a “disfrutar del más alto nivel de salud posible” y se debe garantizar su salud integral, que incluye el bienestar físico, mental y social, y la participación en actividades comunitarias, lo cual la vincula con otros derechos como la educación,

⁹ Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud. PNSIA Ministerio de Salud de la Nación. 2021

el acceso a la información y a la participación, que aseguran el completo bienestar de las personas. Dichos derechos no pueden ser ejercidos por nadie más que por la misma persona, es decir, por cada adolescente, ya que se trata de derechos que no admiten representación y se presume que todas las personas, tengan la edad que tengan, son capaces de decidir por sí mismas. Por todo ello, el rol que tiene la red socio-afectiva de los NNYA es de acompañamiento y guía para consolidar sus capacidades individuales y para llevar adelante las decisiones que tomen sobre sus propios asuntos con la información adecuada, oportuna, veraz, científicamente comprobada y expresada en un lenguaje comprensible.

La **autonomía progresiva** es uno de los principios que rige el efectivo cumplimiento de los derechos de cada adolescente. Ejercer la autonomía significa poder tomar decisiones propias sin intervenciones de otros. Es una de muchas habilidades que comienza a desarrollarse durante la infancia y continúa durante la adolescencia. No necesariamente guarda relación con la edad, pero sí con distintas características individuales y el contexto (familia, educación, cultura, etc.). Por eso cada persona desarrolla esta habilidad de manera diferente. La autonomía se constituye en un articulador entre las habilidades, competencias y conocimientos, y el ejercicio progresivo de sus derechos. Para ayudar en la determinación del grado de consolidación de la autonomía, las normas establecen edades en las cuales se presume que no se requiere acompañamiento: se trata de indicaciones y no de límites rígidos para el acceso a derechos¹⁰.



¹⁰ Ob-cit 1

Régimen legal para el consentimiento autónomo en el cuidado del propio cuerpo (art.26 CCyC) ¹¹

Niñas/os hasta 13 años	Brindan su consentimiento con asistencia. Debe considerarse el interés superior y su autonomía progresiva.
Adolescentes de 13 a 16 años	Pueden consentir toda práctica que no implique riesgo grave para su salud o su vida.
Adolescentes a partir de los 16 años	Tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como persona adulta. Pueden tomar decisiones sobre su salud/Pueden solicitar y recibir asesoramientos sin acompañamiento/Pueden decidir sobre tratamientos, realizar estudios y recibir resultados.

La Resolución 65/2015¹² del Ministerio de Salud de la Nación señala algunas pautas para guiar a progenitores, profesionales de la salud y/o demás acompañantes en la determinación de esta circunstancia (consentimiento). De este modo, ya sea en el marco de la consulta médica, de la asesoría en salud integral en las escuelas, y de todos aquellos espacios de los cuales formemos parte, debemos reconocer el derecho a la participación activa de NNYA, a expresar sus opiniones y a ser escuchades. Un límite de edad no puede obstaculizar o restringir la capacidad de los adolescentes en la toma de decisiones. A medida que van desarrollando la autonomía, aumentan su capacidad de asumir responsabilidades respecto a sus derechos, y al mismo tiempo van disminuyendo la necesidad de orientación y dirección de las personas adultas que les rodean.

En el ordenamiento jurídico nacional además contamos con leyes que complementan la Convención de los Derechos del Niño y el Código Civil y Comercial (CCyC), que regulan los derechos de NNYA en general y en particular en relación a la atención de su salud. La 26.061 es la ley nacional que acompaña los principios de la CDN, mientras la Ley de Derechos del Paciente (25.529) establece que “toda actividad médico-asistencial (...)

¹¹ Elaborado por Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable junto con Nelly Minyersky, la Dra. Lily Flah y la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. 2017 http://www.sagij.org.ar/images/folletoDerechos_NyA_final_baja.pdf

¹² Disponible en: [Ministerio de Justicia y Derechos Humanos](#)

SALUD INTEGRAL: UNA DIMENSIÓN EN CONSTRUCCIÓN PERMANENTE

A través del modelo médico biologicista predominante aprendimos a pensar la enfermedad como un defecto corregible con tratamientos específicos y, por oposición, a la salud como la “ausencia de la enfermedad”.



PARA PENSAR EN EQUIPO

¿Qué es la salud? ¿Cómo con nuestras acciones como equipos de salud podemos aportar a la construcción de la salud como una integralidad? ¿Qué dimensiones de la salud exceden nuestras posibilidades de acción como equipos de salud? ¿Con quiénes podemos hacer redes para influir sobre esas dimensiones?



TEXTUAL

“(...) una persona está sana si goza el día; tiene ganas de trabajar, de compartir con los demás; si tiene ganas de practicar deportes; si quiere reír junto con sus amigos; se levanta temprano y no duerme todo el día¹³.”



¹³ Pedro Yansi, comunidad Pilagá, Formosa. Recopilado por la doctora Gabriela Acevedo



“La salud es cuidar la vida, la tierra, a las personas”

“La salud es sentirme bien física y mentalmente, es ser feliz, es tener amor y cariño”

“La salud es que me atiendan bien y no me maltraten en los servicios de salud”

“La salud es que no ejerzan violencia sobre mí, sobre mi cuerpo”

“Salud es tener información y educación adecuada”¹⁴

“Si vamos a definir salud no es sólo lo físico, sino toca otros puntos, uno puede estar enfermo, ponele, de los sentimientos”¹⁵

“Si no estás bien económicamente puede que tampoco estés bien de salud. El no tener agua potable también puede afectar”¹⁶

¹⁴ Encuentro Regional San Pedro por el derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva en conmemoración de la vida de María Rivarola. Paraguay.

¹⁵ Adolescente de Concordia, Entre Ríos. EMC: “Construcción de masculinidades y su relación con la salud integral” Estudio cualitativo de adolescentes varones escolarizados en cuatro regiones de Argentina. 2017-2018. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia

¹⁶ Adolescente de Moreno, Provincia de Buenos Aires. EMC: “Construcción de masculinidades y su relación con la salud integral” Estudio cualitativo de adolescentes varones escolarizados en cuatro regiones de Argentina. 2017-2018. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.

Los distintos decires expresan que la salud es una realidad social y cultural y que no se refiere solo a lo físico sino a cómo cada persona vive, a sus gustos, aspiraciones, preocupaciones, su historia de vida, su entorno, etc.

En este marco, la conceptualización del proceso salud- enfermedad-cuidado tiene una connotación amplia e integral: “El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos”.¹⁷

Pensamos la salud como un proceso dinámico y desafiante que implica que nunca es la misma, como tampoco la sociedad. La salud no es la ausencia de la enfermedad ni tampoco una relación unicausal entre los fenómenos biológicos y las responsabilidades individuales por la “falta” de cuidado personal, sino un campo en tensión donde se juegan diversas dimensiones que la atraviesan y la construyen constantemente (Ferrara, 1985).

PENSAR DESDE LAS CATEGORÍAS DE CURSO DE VIDA Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Para poder acompañar a los adolescentes es necesario un proceso de atención longitudinal, acercarnos desde un marco que contemple las diversidades y desigualdades de clase social, étnica, funcional, cognitiva, idiomática, religiosa, ideológica, sexual y de expresión e identidad de género, observando un enfoque de derechos y de participación.

¹⁷ Tejada de Ribero, D. (2003), Alma-Ata: años después. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/tejada.pdf>

La perspectiva de curso de vida, brinda la posibilidad de entender a las comunidades y sus integrantes como un todo, y a sus vidas y su salud como un trayecto continuo, indivisible en etapas, donde lo que sucede en un momento se ve afectado por lo que sucedió antes y al mismo tiempo dejará huellas para el futuro. Este modelo permite abandonar la idea imprecisa que considera a la adolescencia como un período de transición.

Al mismo tiempo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean las vidas individuales y de los grupos. Estas condiciones^{18 19} sociales en que las personas viven y trabajan impactan sobre su salud.

¿Por qué hay adolescentes que tienen caries y adolescentes que no las tienen? ¿Por qué hay adolescentes que se deprimen o se exponen a riesgos como no usar casco con la moto? ¿Por qué hay adolescentes que pueden vivir su sexualidad más libremente que otros?

Preguntas como estas son pensadas diariamente por los equipos de salud y ponen de manifiesto la multiplicidad de factores e interrelaciones que hacen que cada adolescente viva su salud de diferente manera y expresando diferentes comportamientos, enfermedades, pautas de cuidado personal, etc.

Sabemos que no basta con el contacto entre un microorganismo y una persona para que ésta contraiga una enfermedad; es más probable que esto suceda si se alimenta insuficientemente, si vive en un ambiente pequeño, si no descansa bien, si fuma, etc, poniendo de manifiesto la estrecha relación que existe entre la salud y las condiciones sociales y económicas, el entorno físico y los estilos de vida individuales (OMS, 1998:10). Es importante destacar que los principales determinantes de la salud durante la adolescencia se encuentran en gran medida fuera del sistema de salud (Guía AA-HA! OPS 2018: 34).

¹⁸ "Carta de Brasilia", 2007. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/BRASILIA-CONSENSUS-2013span.pdf?ua=1>

¹⁹ Comisión de los determinantes sociales de salud, OMS, 2009. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf



TEXTUAL

“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de la enfermedad son unas pobres causas”

Ramón Carrillo

La perspectiva de **vulnerabilidad**²⁰ facilita el trabajo ante escenarios complejos, donde interactúan múltiples dimensiones de manera dinámica y variable. A diferencia del enfoque de riesgo (basado en la ocurrencia o no de los fenómenos) esta perspectiva incluye dimensiones colectivas y contextuales relacionadas con la aparición y el desarrollo de un determinado problema de salud.



TEXTUAL

“Las situaciones de vulnerabilidad social constituyen el resultado del debilitamiento o ruptura de la red de relaciones familiares, comunitarias y sociales, de la fragilidad institucional y de la precarización e inestabilidad laboral. Podemos concluir que cualquier



²⁰ La vulnerabilidad, presenta tres características esenciales: es multidimensional (frente a una misma situación, un aspecto puede volvernos vulnerables y protegernos en otro aspecto); no es unitaria, sino gradual; no es estable sino dinámica (los grados de vulnerabilidad cambian a lo largo del tiempo). Ver: Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; Sociedad Argentina de Pediatría; UNICEF (2021).

Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-integral-del-suicidio-en-la-adolescencia>



TEXTUAL



situación que atente contra derechos humanos fundamentales configura una situación de vulnerabilidad y por ende de riesgo para personas, grupos y comunidades” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2014:18).

Desde este enfoque, la salud no se limita a “la ausencia de enfermedad”, sino que se considera un concepto positivo, un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La Atención Primaria de la Salud (APS)²¹ es la estrategia que concibe integralmente los procesos de salud-enfermedad-cuidados de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción y la rehabilitación de la salud, con un elemento clave: la participación comunitaria.²² Al concebir a la salud como un proceso integral, no se la encontrará solo en centros de salud, postas y hospitales, sino también en los lugares donde viven y en los espacios que transitan los adolescentes: la escuela, el bachillerato popular, la biblioteca, el club, la plaza, etc.

²¹ En el marco de la Conferencia Mundial de la Salud, a través de las declaraciones de Alma Ata en 1978 y de Astaná en 2018, se sientan las bases para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para todos los países.

²² Curso Salud y Sociedad. Módulo 1. Programa de Equipos comunitarios. Ministerio de salud de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001026cnt-modulo_1_salud-sociedad.pdf

Siendo la estrategia de APS el eje central de la salud de las comunidades, los servicios deberían ajustarse a las necesidades y características de ese colectivo en su singular vida cotidiana, participando activamente en las decisiones que afectan a su salud y su vida. Por eso, esta estrategia se despliega según las características de cada territorio y las distintas realidades locales.



TEXTUAL

“El primer nivel de atención empieza en las casas y en los barrios, en las relaciones cercanas y significativas donde se juegan las posibilidades de vida y calidad de vida de las personas, allí donde se define quién está enfermo y quién no, cómo se asiste antes de ir a un servicio sanitario, dónde se practican las primeras, cotidianas y últimas curaciones y dónde se considera rehabilitado a un enfermo”.²³

La promoción de la salud es el enfoque recomendable para el diseño y la implementación de abordajes integrales de problemáticas complejas: se corre de lo estrictamente médico- asistencial para priorizar la producción de conocimientos interdisciplinarios y la implementación de abordajes intersectoriales y en red.

²³ Reinención de lo comunitario, Hacia una ciencia domiciliada en América Latina, El Ágora editorial. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052587>



TEXTUAL



“La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto sobre la salud. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud” (OMS, 1998:10).

El trabajo en APS plantea la necesidad de pensar cómo construimos salud colectiva con lógica participativa y territorial. Y también poniendo el acento en las formas en que les adolescentes realizan sus procesos de salud-enfermedad-cuidados. Para ello hay que reconocer las tensiones existentes entre las diferentes matrices de formación, los preconceptos sociopolíticos-ideológicos de cada profesional, los distintos modelos de atención y la complejidad de las prácticas, y lograr procesos de abordaje en un marco interdisciplinario, intersectorial y de corresponsabilidad.

INTERDISCIPLINA E INTERSECTORIALIDAD



TEXTUAL

“Dada la complejidad de los problemas de salud, solo es posible resolverlos contando también con una multiplicidad de saberes y quehaceres” (Emerson Elias Merhy- Tulio Batista Franco, 2016).

“Algunas situaciones que se presentan en el centro de salud pueden ser complejas y a la hora de pensar intervenciones o diseñar actividades encontramos que los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas” (Alicia Stolkiner, 1987).

En los centros de salud hay muchas disciplinas y saberes con gran potencia para conformar equipos y acompañar a cada adolescente. Es ilusorio pensar que una sola persona puede abarcar todas las perspectivas, conocimientos y maniobras que implica acompañar la complejidad de las situaciones que atraviesan. En este sentido, es un requerimiento trabajar en conjunto, haciendo dialogar las diferentes disciplinas, los saberes técnicos y no técnicos para abordar las situaciones problemáticas.



PARA PENSAR EN EQUIPO

¿Quiénes conformamos el equipo de trabajo? ¿Qué funciones y tareas desarrollamos específicamente cada uno? ¿Hay tiempos y espacios de trabajo compartido? ¿Qué disciplinas y qué saberes comandan las prácticas? ¿Hay tensiones? ¿Se encuentran modos de resolverlas para encauzar el trabajo hacia el objetivo planteado? ¿Qué saberes vamos construyendo en los encuentros? ¿Conversamos con integrantes de otras instituciones u organizaciones que trabajan con población adolescente? ¿Acostumbramos a escuchar a las personas adolescentes o nos apresuramos a “aconsejar” según lo que pensamos previamente?

La **interdisciplina** no es la suma de saberes ni es un encuentro de profesionales de distintas disciplinas que superponen sus miradas. El trabajo en equipo interdisciplinario es un lugar que se construye sostenidamente y requiere generar un espacio de encuentro respetuoso basado en evidencia científica y en criterios construidos en función de la experiencia territorial. Plantea el desafío de dejarse atravesar por otros marcos conceptuales (formación teórica), construir desde el diálogo y dejarse interpelar por otros saberes. Un saber disciplinario es una forma de poder y por ello nos desafía a ejercitar la horizontalidad, a valorar opiniones de compañeros y adolescentes. Es prioritario que los equipos de salud escuchen y comprendan lo que a cada adolescente le preocupa acerca de sus problemas y conozcan sus formas particulares de vivirlos.

La interdisciplina puede construirse (o no) en forma cotidiana y dinámica. Se necesita tiempo y espacio para reunirse, conocerse, confiar, analizar, generar nuevos saberes, y de este modo decidir los acompañamientos. Si bien la interdisciplina se lleva a cabo en todo momento, es importante establecer reuniones de equipo fijas para:

- Elaborar conjuntamente objetivos y agendas de trabajo.
- Debatir diferentes marcos teóricos y abordajes, considerando siempre las representaciones y formas de cuidado propias de las adolescencias.
- Trabajar con lógica territorial: conocimiento actualizado del barrio, sus instituciones, organizaciones, referentes y su relación con el centro de salud.
- Diseñar encuentros que efectivicen estratégicamente la participación directa de todos los actores involucrados en la situación abordada, para conocer acabadamente las características socio epidemiológicas de la población.
- Orientar la toma de decisiones para resolver conflictos focalizando en la persona adolescente como un sujeto de derechos.
- Registrar lo acordado y las personas responsables de llevar a cabo las tareas.
- Monitorear las situaciones conversadas para no olvidar las tareas pendientes y acompañar los procesos de abordaje.
- Evaluar la necesidad de realizar supervisiones con profesionales externos al equipo de trabajo.



TEXTUAL

“En la construcción y producción de los equipos de trabajo lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión” (Alicia Stolkiner, 2005)

Para lograr un impacto efectivo en el abordaje de las situaciones complejas o de gran vulnerabilidad que afectan a los adolescentes, se debe evitar la intervención fragmentada.

La *intersectorialidad* procura promover el trabajo corresponsable entre instituciones, donde cada una es responsable según sus competencias de promover y garantizar derechos, tratando así de disminuir la práctica de “derivación de casos”. La construcción de intersectorialidad es desestructurante, cuestiona las rigideces de las burocracias e interpela sobre modelos funcionales diferentes. Es necesario gestionar tiempos y espacios para que las diferentes lógicas institucionales y sectoriales se atraviesen entre sí, pudiendo conocerse y repensar sus modalidades de trabajo, para que las competencias y responsabilidades de los diferentes actores puedan confluir en estrategias integrales de cuidado.



PARA AMPLIAR

- La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Alfredo Juan Manuel Carballeda (2001) Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>
- Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria. Ponencia presentada en las Cuartas Jornadas de Atención Primaria de la Salud y Primeras de Medicina Social. Buenos Aires, Rolando García, 1990. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/garc%Eda_r_dialectica_%20integracion.pdf





PARA AMPLIAR

- Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o como producto. Alicia Stolkiner. Revista El Campo Psi- Revista de Información Especializada” Año 3 Número 11, 1999, Rosario. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/concurso07/inter2.pdf>
- Curso en salud social y comunitaria. Algunos problemas de salud complejos. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento186.pdf>

CONSTRUIR TERRITORIALIDAD Y REDES

Desde los centros de salud o postas sanitarias se debe brindar atención integral e integrada y resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención de la población adolescente. La atención debe ser de calidad y se deben desarrollar mecanismos de coordinación de la atención a lo largo de todo el abanico de servicios, incluyendo el desarrollo de redes y de sistemas de referencia y contrarreferencia; no sólo dentro del sistema de salud, sino con otros sectores del Estado y de la sociedad. El proceso salud- enfermedad- cuidados promueve pasar de considerar las situaciones como “individuales” a encontrar para cada adolescente parte de la historia y características del lugar donde vive.

Los adolescentes circulan por diferentes espacios: van al centro de salud a buscar preservativos, almuerzan en el centro juvenil, van a la escuela secundaria, militan en una organización barrial y van al club el fin de semana. Entonces es necesario conocer qué pasa en el territorio: ¿Cuáles son los procesos relacionados con la educación, la salud y el trabajo que se dan en nuestra comunidad y cuáles otros, históricos o presentes, in-

fluyen o constituyen las adolescencias? ¿Conocemos qué prácticas de cuidado ponen en marcha en su vida cotidiana?

La generación de información local es muy valiosa porque nos permite conocer características del perfil de salud-enfermedad-cuidados de la población de nuestra área, articular con otras instituciones de salud y con diferentes sectores. La base para coordinar estrategias de abordaje de las distintas situaciones y conocer qué piensan los adolescentes sobre su salud y generar acciones colectivamente es conformar redes territoriales.²⁴



PARA AMPLIAR

- Herramientas para la planificación y programación local. Kestelman N, Paganini J.M. Salud Social y Comunitaria. Ministerio de salud de la Nación. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento177.pdf>
- Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. Risler, J; Ares P. Tinta Limón, Buenos Aires, 2013. Disponible en: https://geoactivismo.org/wp-content/uploads/2015/11/Manual_de_mapeo_2013.pdf
- Análisis de Situación de Salud Local (ASSL): https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001061cnt-2017_analisis_situacion_salud.pdf

²⁴ Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales "Manual Metodológico para el fortalecimiento institucional de redes territoriales de organizaciones de base". Volumen II. Buenos Aires. Página 11. 2008 Disponible en: [Volumen II - Buenas prácticas para el trabajo en Red Manual Metodológico Para el Fortalecimiento Institucional de Redes Territoriales de Organizaciones de Base](#)

ACCESO A LA SALUD

ACCESIBILIDAD

Los adolescentes acuden en poca medida a los servicios de salud²⁵. Las tasas de morbilidad y mortalidad en la adolescencia son bajas en comparación con otros grupos poblacionales. Sin embargo, las causas son en gran parte prevenibles: lesiones no intencionales, violencias, problemas de salud sexual y (no) reproductiva, enfermedades transmisibles y no transmisibles, consumo problemático de sustancias y suicidios. A su vez, existe gran variación entre las distintas regiones de nuestro país, grupos etarios y géneros, y se intensifican en entornos de mayor vulnerabilidad.

Los siguientes factores pueden obstaculizar el acceso a la salud:

1. Del sistema: geográficos (accidentes geográficos, barreras construidas por las personas), económicos (falta de dinero para transporte o compra de medicamentos), administrativos (horarios no apropiados y/o insuficientes, falta de turnos), capacitación inadecuada del equipo de salud (falta de garantía para el ejercicio del secreto profesional y el respeto a la confidencialidad, prejuicios o falta de información sobre los adolescentes), ámbitos no diferenciados para adolescentes.
2. Vinculados a los adolescentes: desinformación sobre su estado de salud o enfermedad, sobre la existencia de espacios para la atención integral de adolescentes, o sobre sus derechos; temor a ser vistos por alguna persona conocida; temor al estigma, la discriminación, la imposición de los valores morales o a la falta de privacidad y de confidencialidad.

Algunos de estos obstáculos suelen ser expresados por los adolescentes en frases como:

²⁵ Estudio de revisión de necesidades, políticas y estructura de los programas de salud adolescente en la Argentina. CEDES, 2016.

“En el centro de salud si va uno solo a hablar no lo tienen en cuenta”.

“A veces en la salita nos hacen esperar mucho para atendernos, nos sentimos maltratados”.

“Si no me siento enfermo ¿para qué voy a ir al centro de salud?”

Habitualmente se define “accesibilidad”²⁶ como “la forma en que los servicios de salud se acercan a la población.” Pero definirla desde el marco de la oferta, invisibiliza a la población adolescente como constructora de accesibilidad.

La accesibilidad puede ser pensada como una relación que se produce entre adolescentes y servicios de salud. (Barcala y Stolkner, 2000). Durante este encuentro/ desencuentro es clave la participación para lograr incluir las experiencias de los adolescentes en cada estrategia y mejorar el acceso (Comes).

Cada encuentro con adolescentes es una oportunidad para construir una salud más inclusiva. En este sentido, sus representaciones, discursos y prácticas (cómo entienden y viven “la enfermedad”, “el riesgo”, “la salud”) deben ser necesariamente considerados por los equipos profesionales a la hora de dar respuestas y mejorar dicha accesibilidad.



PARA PENSAR EN EQUIPO

¿Se generan oportunidades desde los equipos de salud para que les adolescentes planteen sus opiniones, propongan actividades o proyectos? ¿Tenemos disposición para compartir con ellos las decisiones? ¿Se tiene en cuenta a las diversas adolescencias? ¿Consultan adolescentes con discapacidad, adolescentes LGTBIQ+, adolescentes de pueblos originarios?

²⁶ El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., Stolkner, A. (2007). Anuario de investigaciones. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lng=es&tlng=es

La accesibilidad se facilita cuando se trabajan las barreras geográficas, económicas y administrativas, pero fundamentalmente las barreras culturales y simbólicas. El acceso a una salud integral y de calidad se efectiviza en la medida que nuestras prácticas conocen y garantizan diariamente los derechos de los adolescentes, y recuperan la diversidad de sus voces y sus miradas.

Estamos entonces ante un gran desafío: lograr espacios de salud inclusivos y respetuosos de las diferentes realidades y diversidades de las adolescencias.

La pandemia por Covid-19 enfrentó a los equipos de salud a una situación desconocida y compleja. Puso a prueba la flexibilidad y capacidad de reorganización para facilitar y continuar garantizando el acceso a la salud. En ese marco se produjeron documentos para acompañar a los equipos y para rescatar sus experiencias de trabajo durante la pandemia:

- *“Lineamientos para la atención de adolescentes y jóvenes durante el curso de la pandemia de covid-19. Documento para equipos de salud” (2020). Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-12/Lineamientos%20adolescentes%20en%20pandemia%20-%20Equipos%20de%20Salud.pdf>*
- *“Recomendaciones para equipos de salud en relación a situaciones de suicidio y autolesiones en adolescentes y jóvenes durante el aislamiento social preventivo y obligatorio” (2020). Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/covid19-recomendaciones-situaciones-suicidio-y-autolesiones-jovenes-en-aislamiento.pdf>*
- *“Implementación de Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias durante la pandemia de Covid-19: sistematización de experiencias territoriales” (2021). Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/ASIE%20Virtuales%20-%20Remotas_Web.pdf*



ESPACIOS DE SALUD QUE BRINDAN RESPUESTAS

Cualquier efector con espacios para atención en salud integral de adolescentes debe garantizar *respuestas adecuadas a la necesidad planteada por cada adolescente*, de calidad y respetuosas de los derechos y la diversidad, generando así un vínculo agradable entre el equipo de atención y los adolescentes. Se debe trabajar escuchando activa y desprejuiciadamente para brindar accesibilidad desde la óptica adolescente, y no sólo desde la perspectiva “profesional/equipo de salud”.

Para garantizar la salud de manera integral, promoviendo el desarrollo y el bienestar, los espacios deben estar *disponibles*. Muchas veces no se cuenta con un espacio físico diferenciado; sin embargo se puede brindar asistencia desde un consultorio general, la guardia, etc. Esta atención debe ser de *calidad*, los equipos deben estar capacitados para su acogida (incluyendo administrativos y/ o personal de vigilancia, que muchas veces son el primer contacto) y deben brindar una atención adecuada ofreciendo a cada adolescente una oportunidad justa para promover su potencial bio-psico-social.





SUGERENCIAS PARA LA PRÁCTICA

Según las características de cada espacio de atención, tener en cuenta al organizarse:

- Las consultas programadas..
- Las consultas espontáneas, sin turno previo y que no deben diferirse.
- Los encuentros virtuales.
- Los turnos protegidos.
- Las actividades territoriales (recorridas, talleres, postas, intervenciones artísticas, deportivas, culturales, etc.).
- Las reuniones de equipo.
- La disponibilidad de los integrantes del equipo.
- La posibilidad de desarrollar acciones o establecer dispositivos de atención en otros espacios como escuelas, comedores, clubes, organizaciones barriales.
- Los espacios y horarios que inviten a concurrir y no resulten expulsivos.



PARA AMPLIAR

- Guía AA-HA! OPS 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181>
- Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud adolescente. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. OMS. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241549332>

ESTRATEGIAS PARA AMPLIAR EL ACCESO A LA SALUD

A continuación se presentan cuatro apartados que nos invitan a reflexionar sobre el proceso de acceso efectivo a la salud integral de adolescentes en poblaciones específicas y resumen algunas claves de adecuación de las prácticas de los equipos de salud para favorecer el acceso universal a la salud.

FORTALECER LA AUTONOMÍA Y LA AUTODETERMINACIÓN DE LES ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD

En 2008 Argentina se comprometió a adoptar el marco normativo derivado de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). El postulado fundamental del Modelo Social de la Discapacidad, que es el adoptado por la Convención es que “las causas que dan origen a la discapacidad no son individuales (de la persona), sino sociales -o al menos, preponderantemente sociales-. Es decir, que no son las limitaciones individuales las raíces de la “discapacidad”, sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de todas las personas sean tenidas en cuenta dentro de la organización social” (Palacios, 2008:314).

El modelo adoptado por la CDPD entiende que las personas con discapacidad son sujetos de derecho y es obligación del Estado reconocerlos siendo plenamente capaces de ejercerlos por sí mismas, con igual digni-



dad y valor que las demás personas.

Como primer punto debemos diferenciar la discapacidad del concepto de enfermedad. La Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF), define la *discapacidad* como un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación:



TEXTUAL

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad).

Hay situaciones donde no se podrá modificar la condición de salud, pero sí se podrá mejorar el desempeño en base al trabajo sobre los factores externos y los factores personales. Es en este punto donde la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) cobra un rol fundamental.²⁷

²⁷ Condición de salud: término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Puede incluir otras circunstancias de la vida como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Factores personales: son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo como la edad, el género, el nivel social, etc. Factores externos: se refieren al mundo extrínseco que forma el contexto de un individuo y como tal afecta al funcionamiento de la persona (Incluyen al mundo físico natural con todas las características, al mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y valores, etc. Deficiencia: es la anomalía o pérdida de una estructura corporal o de función fisiológica.



SITUACIÓN PARA REFLEXIONAR

Matías -16 años- tiene diagnóstico de mielomeningocele con paraplejía flácida y vejiga neurogénica. Se traslada en silla de ruedas y se realiza cateterismo para evacuar la vejiga. Concorre a cuarto año del secundario, lo llevan y lo traen del colegio, que es accesible (posee rampas, aulas en planta baja). Se reúne con sus compañeros, le gusta la música e integra un equipo de básquet adaptado.

En este ejemplo Matías tiene varios déficits funcionales, pero los factores ambientales (diseño universal: adaptaciones edilicias de la escuela), las ayudas técnicas (silla de ruedas), los apoyos y la red socio-afectiva e institucional (el vínculo con amistades, escuela y la familia) permite su participación plena.



PARA PENSAR EN EQUIPO

*¿Conocemos si les adolescentes de la comunidad con la que trabajamos cuentan con redes de contención? ¿Les incluyen en actividades sociales y deportivas?
¿Cuentan con recursos, adaptaciones y los apoyos necesarios para participar?*

En el ámbito de la salud los equipos debemos incorporar la mirada social de la discapacidad como marco conceptual y modificar nuestras prácticas en ese sentido. Sin embargo, no podemos ser indiferentes al hecho de que las representaciones y creencias basadas en otros modelos de discapacidad siguen atravesando nuestro quehacer cotidiano y todos los aspectos de la vida en general.

Modelo de prescindencia: asume que las vidas de las personas con discapacidad (PCD) carecen de sentido y que, por lo tanto, no vale la pena ser vividas. Si bien los investigadores marcan este modelo como preponderante de la Antigüedad y la Edad Media, no deja de tener vigencia en nuestra sociedad, donde seguimos encontrando personas con discapacidad privadas de su libertad en los domicilios familiares o en instituciones sin pensar en los deseos de esa persona ni en su posibilidad de inclusión en la comunidad.

Modelo médico rehabilitador: la discapacidad reside en el déficit de la persona. El objetivo de las intervenciones en este marco de pensamiento es la cura o la “normalización” de la persona con el fin de “incorporarla” a la sociedad, escondiendo la diferencia.

A continuación describimos algunas escenas, que nos permiten observar cómo la mirada de los profesionales se traduce en las propuestas de intervención:

**Adolescente con autismo y con estereotipia (movimientos repetitivos).
Consultan solicitando una medicación para disminuirlas.**

Modelo rehabilitador	Modelo social
Trabajar con terapias de rehabilitación con el fin de eliminar estereotipias.	Trabajar con su entorno para aceptar esa diferencia en la conducta, entendiendo que las estereotipias constituyen una manera de regulación de la conducta necesaria para esa persona.

Paciente con hipotonía y dificultades para la prensión fina y el grafismo.

Modelo rehabilitador	Modelo social
Intervenciones que se centran en la rehabilitación del tono muscular y la prensión para el grafismo.	Facilitar adaptaciones para que pueda escribir sin dificultad, como por ejemplo una tablet. Continuar con la rehabilitación del tono muscular, centrada en lograr aquellas actividades que le interesen a le adolescente.



Adolescente nacido con hipoacusia neurosensorial profunda, con implante coclear colocado dentro del año de vida con tratamiento de habilitación/rehabilitación con el objetivo de oralizarlo.

Modelo rehabilitador	Modelo social
Incorporación al sistema educativo común, sin oferta de aprender lengua de señas, ya que se asume que habiendo sido implantado y oralizado en tiempos adecuados su problema está resuelto.	Muchas de estas personas y sus familias eligen aprender la lengua de señas y se reconocen pertenecientes a la cultura sorda, identificando su condición original como parte constitutiva de su persona.
Garantizar la posibilidad de que cada adolescente pueda elegir el sistema de comunicación que mejor le represente.	

No se trata de eliminar los tratamientos específicos sino de evaluar hasta dónde los mismos están pensados y planificados en función del deseo y las decisiones de cada adolescente. El objetivo de las intervenciones no es la rehabilitación sino la inclusión social y el respeto de la dignidad y la autodeterminación de cada adolescente con discapacidad.



PARA PENSAR EN EQUIPO

- ¿Atendemos habitualmente a adolescentes con discapacidad?*
- ¿Tenemos en cuenta en la atención que tienen necesidades como adolescentes?*
- ¿Nos centramos solo en la condición de discapacidad?*
- ¿Pensamos que atender a adolescentes con discapacidad es una cuestión de "especialistas"? ¿Qué podemos hacer desde el primer nivel para favorecer la accesibilidad y mejorar la atención de los adolescentes con discapacidad?*



PARA AMPLIAR

- El Plan ENIA y la perspectiva de la discapacidad. Documento técnico N° 3. Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología Ministerio de Salud y Desarrollo Social Secretaría de Modernización. 2019. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.3._el_plan_enia_y_perspectiva_de_discapacidad.pdf
- La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Palacios A. Grupo Editorial Cinca. Madrid. 2007. Disponible en: https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/19L_ladiscapacidad.pdf
- El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Palacios, A. Grupo Editorial Cinca. Madrid. 2008. Disponible en: <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>
- Recorrer biblioteca virtual de Fundación Itineris, disponible en: <https://itineris.org.ar/biblioteca.html>

Los equipos de salud de atención primaria, junto con la familia y los diferentes actores (especialistas, escuela, terapeutas, vecinos y otros adolescentes, etc.), pueden acompañar la construcción de proyectos de vida centrados en los deseos de las personas adolescentes, respetando sus derechos y garantizando el mayor grado de autonomía. Es necesario que agudicemos nuestras habilidades de trabajo interdisciplinario e intersectorial, lo cual va en contra de la fragmentación no sólo del sistema de salud sino también de los sistemas de educación y protección de derechos.



Se define a la **autonomía** como la capacidad²⁸ de llevar a cabo distintas acciones de forma independiente y a la **autodeterminación** como la capacidad del individuo para realizar elecciones, al evaluar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales de cómo vivir, de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como desarrollar actividades de la vida diaria.

Es posible que los adolescentes con discapacidad no puedan realizar algunas acciones de forma completamente autónoma pero eso no significa que no puedan tomar las decisiones respecto a cómo vivir. Es común que a adolescentes con discapacidad no se les haya dado la oportunidad para intervenir en las decisiones que les atañen y en consecuencia no hayan tenido la oportunidad de desarrollar la autodeterminación. En esos casos debemos trabajar para habilitar y/o sostener la autodeterminación, evaluando al mismo tiempo los apoyos y ajustes necesarios para la autonomía, imprescindible para el desarrollo saludable.

A veces es el entorno (familia, escuela, etc.) quien no permite que tome decisiones o realice actividades por sí mismo. Otras veces, quedan “pegados a un diagnóstico”, y el entorno se olvida que crecen y se desarrollan, tendiendo a la “eternización de la infancia”. Es fundamental que conozcamos cuál es la mirada que tienen sus referentes significativos sobre la discapacidad y cuáles son sus preocupaciones. Trabajar sobre esos aspectos facilitará que los adolescentes puedan elegir y experimentar y lograr que su entorno pueda apoyar y acompañar sus decisiones.

Es importante siempre tener presente que los adolescentes con discapacidad tienen que poder tomar las decisiones como el resto de los adolescentes²⁹, contando con las adaptaciones y apoyos necesarios para hacerlo. Para ello, en la entrevista, es sustancial preguntar acerca de cómo



²⁸ Capacidad entendida como habilidad, y no en términos jurídicos.

²⁹ Ver el apartado “Marco de derechos” en este fascículo.

realiza cada una de sus actividades cotidianas y cuánto interviene en la toma de decisiones. Algunas preguntas que pueden ayudar, en la consulta de salud, a conocer el grado de autonomía y autodeterminación:

¿Elegís tu ropa? ¿Preparás alguna comida? ¿Hacés compras? ¿Viajás en colectivo sin acompañante? ¿Vas a la escuela? ¿Qué hacés en tu tiempo libre? ¿Salís con amigos? ¿Necesitás ayuda para bañarte, lavarte los dientes?

El objetivo es conocer si pueden ejercer todos los derechos que les corresponden y profundizar acerca de cómo están accediendo a ellos y qué apoyos necesitan para ejercerlos plenamente.



PARA AMPLIAR

- Planificación centrada en la persona.- Prácticas revolucionarias en discapacidad para latinoamérica. Andrea S. Aznar, y Diego González Castañón. Ediciones ITINERIS. Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/pcp_pdf_final_0.pdf
- Revista “Es parte de la vida. Material de apoyo sobre educación sexual integral y discapacidad para compartir en familia”. Ministerio de Educación https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/esi_es_parte_de_la_vida.pdf

El Certificado único de discapacidad (CUD) es un instrumento para la inclusión y equiparación de oportunidades³⁰. Nunca implica perder derechos. No afecta la autonomía ni la autodeterminación.

El CUD:

- Es voluntario.
- Es un documento público.
- Tiene vencimiento.
- Es una política pública.
- Es necesario para el acceso al Sistema Único de Prestaciones Básicas.

El mismo se tramita en las juntas evaluadoras de personas con discapacidad localizadas en las diferentes jurisdicciones del territorio nacional. Su tramitación es voluntaria y gratuita. Las Juntas responden a la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación) que es el organismo rector de las políticas públicas en materia de discapacidad.³¹

El CUD habilita la cobertura total de las prestaciones incluidas en el marco de la Ley N° 24901 que amplía las prestaciones en salud que necesitan las personas con discapacidad³², garantiza el acceso gratuito al transporte público Nacional de corta, mediana y larga distancia en Trenes, Subtes, Colectivos y Micros y amplía los regímenes de Asignaciones familiares (Hijo con discapacidad, Ayuda Escolar Anual por hijo).

³⁰ Previstas en las leyes 22.431 y 24.901

³¹ Para mayor información sobre los alcances y los requisitos para tramitar el CUD, consultar: www.argentina.gob.ar/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud

³² Las obras sociales, las empresas de medicina prepaga y el Estado tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones que necesiten las personas con discapacidad (que consten en el CUD) afiliadas a las mismas.



SUGERENCIAS PARA LA PRÁCTICA

- Conocer las normativas vigentes (Certificado Único de Discapacidad, Ley de Prestaciones Básicas).
- Conocer los recursos que existen en la comunidad. Trabajar en red con escuelas, clubes, organizaciones civiles
- Promover la atención para facilitar el acceso a servicios de salud para adolescentes con discapacidad.
- Generar instancias grupales de apoyo de familiares de adolescentes con discapacidad. El intercambio de experiencias es útil y puede servir a otras personas.
- Organizar talleres de sensibilización para la comunidad. Tener en cuenta que un contexto favorable, inclusivo, facilitador y accesible mejora la salud integral de les adolescentes con discapacidad.
- Promover la organización de espacios de encuentro y el desarrollo de actividades de adolescentes con y sin discapacidad.



PROMOVER EL ACCESO A LA SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN CONFLICTO CON LA LEY Y EN CONTEXTO DE ENCIERRO

Las categorías salud y adolescencias adquieren otra significación al ser atravesadas por los elementos “conflicto con la ley y/ o encierro”. No es lo mismo ser un joven “sano” en el medio libre, que ser un joven “sano” y estar encerrado.



PARA PENSAR EN EQUIPO

¿De qué manera la problemática de las personas en situación de encierro atraviesa el trabajo del equipo de salud? ¿Cómo afecta a la población de adolescentes y jóvenes? ¿Cómo pensamos su acceso a la salud? ¿Cómo intervenir desde nuestro lugar de profesionales de la salud? ¿Cómo hacer que pasen de ser objetos de una imputación penal a sujetos responsables de sus actos y del cuidado de su salud? ¿Qué visibilidad tiene esta problemática en el territorio?

Existen tres tipos de dispositivos para adolescentes en conflicto con la ley penal: programas de supervisión en territorio, establecimientos de restricción de la libertad y establecimientos de privación de la libertad. En 2015 existían 118 dispositivos en el país (52% de privación de la libertad; 26% residencias de libertad restringida; 22% programas de supervisión en territorio)³³.

Si bien el porcentaje más alto de estos dispositivos corresponde a privación de libertad, el 74,6% de los adolescentes y jóvenes se encuentran

³³ Relevamiento nacional sobre adolescentes en conflicto con la ley penal. SENAF; UNICEF. 2015. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/PROTECCION_AdolescConflictoLeyPenal_Final.pdf

en programas de supervisión en territorio, el 22,3% en establecimientos de privación de libertad y 3,1% en establecimientos de restricción de libertad. La mayoría de los establecimientos de privación y de restricción de libertad están destinados a adolescentes varones, que son quienes preponderantemente se encuentran en conflicto con la ley penal³⁴.

El marco legal y las prácticas institucionales destinadas al tratamiento de niños y adolescentes en conflicto con la ley penal son heterogéneas (según jurisdicción o juzgado)³⁵. Sin embargo, existen acuerdos sellados en el marco del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia (Cofenaf) tendientes a generar lineamientos a nivel federal.

El 92% de los dispositivos del Sistema Penal Juvenil dependen de áreas gubernamentales especializadas, es decir no pertenecen al servicio penitenciario ni a las fuerzas de seguridad de cada jurisdicción. Tienen un régimen más “flexible” por estar habitados por adolescentes, los operadores son civiles (a diferencia de las cárceles), el acceso a la educación es obligatorio y la circulación por espacios comunes es más accesible.

Si bien las fuentes de información son escasas, heterogéneas y no del todo representativas, en líneas generales, la población privada de la libertad corresponde mayoritariamente a varones jóvenes, pertenecientes a poblaciones con mayores vulnerabilidades y desfavorecidos en el acceso a la educación.

Las intervenciones destinadas a la prevención o cuidado de la salud de estos adolescentes se dan en la intersección entre dos sistemas (salud/justicia) con lógicas de trabajo distintas y todos los obstáculos que esto representa: dificultad en sostener horarios pautados, falta de recursos que permitan trasladar a adolescentes al hospital o al centro de salud y dificultades en la comunicación entre ambos sistemas. Las instituciones

³⁴ Idem 33

³⁵ Esta situación pone de manifiesto la necesidad de una ley nacional acorde a los estándares internacionales, que no disminuya la edad de imputabilidad.





de encierro presentan otras dificultades: la cantidad de rejas interpuestas para llegar al lugar donde atiende el personal de salud, la dificultad para sostener la medicación para enfermedades crónicas o la necesidad de traslado para la atención extramuros. Además, en la mayoría de los casos, la solicitud de tratamiento es planteada por la imperatividad del aparato judicial, ¿y la demanda del adolescente? Muchas veces no tienen conocimiento del motivo de consulta. Es un desafío lograr que aparezca en ellos la autonomía y el autocuidado, así como estar preparados para dar respuestas oportunas y de calidad cuando aparezcan sus demandas.

Haciendo foco en las barreras al acceso al sistema de salud de adolescentes en conflicto con la ley y en contexto de encierro, debemos considerar que llegan con un primer diagnóstico aportado por la institución judicial: «delincuente», «peligroso», «anti-social», «homicida», «inimputable», «perverso», categorías todas que se deben apartar para poder escuchar al adolescente y poder construir algo distinto, y en el mejor de los casos saludable. A esto también se suma el trato que se hace en los medios de comunicación y en los debates sobre la imputabilidad o la frecuencia con la que adolescentes cometen delito³⁶. Debemos poder analizar y evaluar todas estas variables específicas a la hora de trabajar con adolescentes en conflicto con la ley penal.



PARA PENSAR EN EQUIPO

¿Cómo logramos intervenir en esta disyuntiva entre lo que “debería ser” la atención de salud integral adolescente y la atención que efectivamente hay en este contexto y sus obstáculos en el acceso?

³⁶ En 2015 el 0,14% de la población de 14 a 17 años estaba alojada en establecimientos penales o incluidos en programas de todo el país. De este total el 89,5% tiene entre 16 y 17 años y el resto menos de 16 años (no son punibles en función de su edad). Relevamiento nacional sobre adolescentes en conflicto con la ley penal. SENAF; UNICEF. 2015

Uno de los desafíos más difíciles que tenemos es el de dismantelar nuestros propios prejuicios. Generar acceso al sistema de salud es una trama de realidades, construcciones, representaciones, saberes que operan en los sujetos que intervienen en ella, profesionales y adolescentes.

Resulta difícil pensar en fórmulas únicas que sean eficaces. Las estrategias no serán estrictamente sanitaristas sino que estarán enfocadas a recuperar algo de los lazos perdidos. A veces se trata de buscar alguna referente clave, docente u operadore que funcione como nexo entre la institución y el joven; otras veces la guardia misma funciona como un facilitador; otras el acceso no lo determina la presencia del profesional de salud sino de un otro que pueda escuchar, mirar, abrazar y devuelva eso que les arrebataron cuando les estereotiparon y les pusieron “etiquetas”. A veces se trata de preguntar “¿Cómo estás?” para activar el sostén. Esto también será una intervención en salud.



TEXTUAL

“la única relación ética entre las personas bajo custodia y el personal de salud es la destinada a evaluar, proteger y mejorar la salud de las personas.”

(Naciones Unidas)

³⁷ Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, Disponible en: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Brochure_on_the_The_UN_Standard_Minimum_the_Nelson_Mandela_Rules-S.pdf



SUGERENCIAS PARA LA PRÁCTICA

- Generar espacios de debate y acompañamiento en los equipos, que permita interpelar el quehacer profesional, reflexionar y formarse.
- Desprendernos de nuestros prejuicios y escucharles considerando su historia, su situación de vulnerabilidad psico-social⁹⁷.
- El enfoque debe ser, siempre y en todos los casos, interdisciplinario y participativo, incluyendo también a otros significativos en el entorno: familia, escuela, grupos de la comunidad. Pensar estrategias de abordaje junto a otras instituciones intervinientes, con el objetivo de recuperar algo de los lazos perdidos, de los derechos vulnerados.
- Generar acciones de prevención y promoción de la salud con la participación de los adolescentes, acercando propuestas de talleres a las instituciones de encierro, siendo “flexibles” con los horarios y encuadre.
- Facilitar el acceso a espacios de salud gestionando y asegurando **turnos protegidos**.
- Promover la inserción o reinserción en instituciones que les alojen en una escena distinta a la jurídica: escuela, clubes del barrio, talleres, etc., sin culpabilizar y revalorizando la autonomía de los adolescentes.
- Intentar que ingresen a la consulta solos, sin el personal policial, con el fin de garantizar la confidencialidad y la privacidad. Además, evaluar la posibilidad de que también ingresen sin esposas.
- No realizar intervenciones que cuestionen o sancionen sus actos, pero sí generar espacios de reflexión sobre los mismos y sus consecuencias. Acompañar en la búsqueda de alternativas posibles.

INTERCULTURALIDAD Y SALUD PENSANDO ADOLESCENCIAS

La noción de interculturalidad en salud se utiliza para hacer referencia a diversas prácticas, en ocasiones divergentes. Es importante poder clarificar a qué nos referimos con “interculturalidad y salud” y cómo se expresa en las prácticas cotidianas.



SITUACIÓN PARA REFLEXIONAR

Rosario nació en Jujuy, en la comunidad Omaguaca y se mudó con una tía a un barrio periférico de la Ciudad de Buenos Aires. Asiste a la escuela en el turno tarde y durante la mañana trabaja la tierra con su familia. Está terminando la secundaria y quiere estudiar agronomía porque es un saber que “le hace falta a su pueblo”. Piensa que hay que recuperar maneras de producción “sin tanto químico” y que más mujeres de su comunidad deben estudiar esta carrera.

Podemos entender a la interculturalidad en salud como prácticas de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina oficial y la medicina tradicional. Se parte de la convicción de que este contacto enriquece a ambas. Se reconoce que ambas son saberes sobre la salud- enfermedad y cuidados que tienen valor. La apuesta es construir canales de comunicación mediante la valoración y rescate de las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud y generación de estrategias de convivencia de las distintas prácticas de atención.

Rosario, interpela al sistema de salud y lo obliga a deconstruir los recorridos diagnósticos y/ o terapéuticos y a reconfigurar los modelos y

las prácticas de cuidado, al mostrar/encarnar/acercar las maneras de transitar el proceso salud-enfermedad-cuidado de la comunidad a la que pertenece. La interculturalidad supone el reconocimiento de la situación de desigualdad y vulneración a que han sido sometidos los pueblos originarios, afrodescendientes, y otros colectivos no “blancos- occidentales”, y una crítica a toda práctica racista, discriminatoria y negacionista de los saberes y de las existencias diversas. La interculturalidad implica el reconocimiento de que las disciplinas científicas en que nos hemos formado quienes somos parte de los equipos de salud se construyeron negando otros saberes. Es reconocerse como parte del problema. Y es una apuesta por asumir una actitud dialógica, sabiendo que tenemos tanto por aprender de los otros como saberes para compartir con ellos. Implica también reconocer los lugares y las relaciones de poder existentes, y generar mecanismos para que quienes se encuentran en posiciones de subalternidad puedan decir su palabra, y que ésta sea escuchada y validada.



PARA PENSAR EN EQUIPO

¿Trabajamos con población de comunidades originarias y/ o migrantes? ¿Qué sabemos de sus orígenes y condiciones de vida? ¿Qué lugar damos a sus saberes y experiencias previas en salud? ¿Qué podemos hacer para conocerles más? ¿Existen barreras para la comunicación? ¿Qué estrategias damos como equipo para favorecer el acceso? ¿Las necesidades en salud provienen sólo de la diversidad cultural o también de la desigualdad e inequidad a la que estas comunidades son expuestas solo por serlo? ¿Cómo construir accesibilidad intercultural y respetuosa de otros saberes?





SUGERENCIAS PARA LA PRÁCTICA

- Analizar al interior de los equipos, las limitaciones de las prácticas incluyendo la alteridad y abriendo al diálogo llano.
- Construir prácticas de salud que tiendan a la interculturalidad basadas en el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural.
- Realizar consultas previas, libres e informadas, entendidas como un proceso colectivo y adecuado, desde el punto de vista cultural, de toma de decisiones, consultas de buena fe y participación informada, respecto del diseño, preparación, implementación, ejecución, y evaluación de toda política de salud que involucre directa o indirectamente a integrantes de pueblos indígenas.

La perspectiva intercultural aporta a la deconstrucción de modelos de atención que están fuertemente arraigados en la cultura médica hegemónica como la homogeneización de cuerpos e identidades. Esta mirada insta a revisar propuestas diagnósticas o terapéuticas, y a analizar modelos de atención y cuidado mientras se reconfiguran las prácticas y se construyen las herramientas para permitir la visualización de múltiples conocimientos sobre los procesos de salud/enfermedad/cuidado, atendiendo a la salud integral desde las necesidades y los derechos de la población adolescente.



PARA AMPLIAR

Para profundizar en la temática y encontrar herramientas sugerimos consultar el documento “Interculturalidad y salud”, del Ministerio de Salud de la Nación disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001067cnt-eps-interculturalidad-salud_2017.pdf



TEXTUAL

“El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano y de su inserción territorial, comunitaria y familiar, como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. Desde esta perspectiva, se intentan realizar acciones con un enfoque integral donde se toma en cuenta el conocimiento de salud que tiene la comunidad y sus especialistas.”

*Documento Kvme Felen (Plan de Vida) mapuche.
Interculturalidad y salud. Área de Salud Indígena,
Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud
de la Nación.*

ASESORÍAS EN SALUD INTEGRAL EN ESCUELAS SECUNDARIAS

Las Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias (ASIE) se proponen un trabajo articulado entre los servicios de salud y las instituciones educativas. Las ASIE constituyen un espacio de consulta, orientación y/o derivación centrado en las necesidades y los problemas cotidianos de esta población. En ellas se ofrece una escucha amplia y desprejuiciada a la vez que se orienta, se informa y se brindan los recursos existentes en el sistema de salud y la comunidad.

La estrategia ASIE tiene el propósito de construir condiciones que permitan cuidar y mejorar la salud de los adolescentes en el ámbito escolar y, a la vez, fortalecer las trayectorias educativas desde una perspectiva de derechos, salud sexual integral, género y diversidad, y en un marco de corresponsabilidad, entendiendo que se requiere de un trabajo intersectorial conjunto en todos los niveles de gestión.

Esta estrategia parte de reconocer que:

- Les adolescentes tienen demandas y necesidades específicas de salud, y el sistema sanitario debe considerarlas y ofrecer un plan de servicios adaptados para darles respuestas.
- Prevalecen distintas barreras en el acceso a la salud y se torna necesario definir desde el Estado estrategias que garanticen los derechos universales a la salud y a la educación y que contribuyan a la construcción de ciudadanía.
- La accesibilidad se facilita cuando se trabajan las barreras geográficas, económicas y administrativas pero fundamentalmente las barreras culturales y simbólicas, es decir, los derechos de los adolescentes.
- Prevalece un gran desconocimiento acerca de los recursos existentes, disponibles y exigibles en el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (s/f). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamérica. Recuperado el 11-08-2021 de: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_TSocial/AlmeidaFilho.pdf

Álvarez Castaño, LS. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 8 (17): 69-79. Recuperado el 11-08-2021 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a05.pdf>

Ase. I. y Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Recuperado el 11-08-2021 de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003

Bloch, C., Torres de Quinteros, Z., Troncoso, MC., Belmartino, S. y Torrado, S. (1985). El proceso de salud - enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte, Rosario (Argentina), 1981 - 1982. (Primera parte). Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

Borde, E y Torres Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde Debate. Rio de Janeiro. Páginas 265-267; 270-273. Recuperado el 11-08-2021 de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0264.pdf>

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones, vol. XIV, 2007, pp. 201-209 Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 11-08-2021 de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>

Declaración de Alma Ata. Recuperado el 11-08-2021 de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=A47453D3D13BA068B51ACF11AAAF379E?sequence=1>

Declaración de Astaná. Recuperado el 11-08-2021 de: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Elichiry, N. (1987). La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En "El niño y la escuela". Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.

- Feo, O.** (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate". Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 352-354. Recuperado el 11-08-2021 de: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TcgwmvkMsdLwtbw8NqMYstq/?format=pdf&lang=es>
- Granda, E.** (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. Revista Cubana de Salud Pública 30. Recuperado el 11-08-2021 de: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/granda.pdf>
- Konterllnik, I.** (s/f). La participación de los adolescentes: ¿Exorcismo o construcción de ciudadanía? Páginas 6-16. Recuperado el 11-08-2021 de: http://iin.oea.org/Cursos_a_distancia/La_participacion_de_los_adolescentes_I_Konterllnik.pdf
- Krauskopf, D.** (2015). Los marcadores de juventud: la complejidad de las edades. Última década. vol.23 no.42 Santiago. Recuperado el 11-08-2021 de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362015000100006
- Lalonde, M.** (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Canadá. Recuperado el 11-08-2021 de: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- López Arellano, O., Escudero, JC. y Carmonac, LD.** (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social, volumen 3, número 4. Recuperado el 11-08-2021 de: <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/260/538>
- Menéndez, E.** (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Recuperado el 11-08-2021 de: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Merhy,E. y Franco, T.B.** (2016). Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Editorial Lugar.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S.** (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. Anuario de investigaciones. Vol. XXI. Recuperado el 11-08-2021 de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud GCABA. (2013). Guía de dispositivos de educación para la salud. Reflexiones en torno a la práctica. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. Págs.: 17-23; 43-48. Recuperado el 11-08-2021 de: GCABA RIEpS (2013) Guía dispositivos de educación para la SaludEpS.pdf

Ministerio de salud de la Nación (2011) Evaluación de calidad. Una guía para la evaluación de los servicios de salud amigables para adolescentes. Recuperado el 11-08-2021 de: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000890cnt-atencion-en-espacios-amigables.pdf>

OMS (2016) Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud adolescente. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Recuperado el 11-08-2021 de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28569/9789275319048_v1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OPS (2018) Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. Recuperado el 11-08-2021 de: Guía AA-HA!

OPS (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C. Recuperado el 11-08-2021 de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Pasqualini, D. Llorens, A. (2010). Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral. OPS. Recuperado el 11-08-2021 de: <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/nacion/SaludBienestarAdolescente.pdf>

ROVERE, M. (1999). Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión). Recuperado el 11-08-2021 de: <https://hogardecristo.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/Mario-Rovere-REDES-EN-SALUD.pdf>

SEDRONAR. (2015). Modelo de abordaje comunitario. La experiencia de la red federal de Puntos de Encuentro Comunitario.

SENAF, UNICEF (2015) Relevamiento nacional sobre adolescentes en conflicto con la ley penal. Recuperado el 11-08-2021 de: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/PROTECCION_AdolescConflictoLeyPenal_Final.pdf



Spinelli, H. (2016): "Volver a pensar en salud. Programas y territorios". Revista Salud Colectiva. UNLA. Buenos Aires. Páginas 159-160. Recuperado el 11-08-2021 de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976/983>

Stolkiner, A. (1987) De interdisciplinas e indisciplinas. Recuperado el 11-08-2021 de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplinas_e_indisciplinas.pdf

Stolkiner, A. (1999) La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Recuperado el 11-08-2021 de: <http://www.campo psi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

Stolkiner, A., Ardila Gómez, S. (2012) Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericana. Revista Vertex. Selección. Recuperado el 11-08-2021 de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf

Terenzi Seixas, C., Merhy, E., Stevie Baduy, R. y Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil, Salud Colectiva. Vol. 12, N° 1. Universidad Nacional de Lanús. Páginas 113-123. Recuperado el 11-08-2021 de: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73144643009.pdf>

Testa, M. (1996) Atención ¿primaria o primitiva? de salud, en "Pensar en salud" Mario Testa y colaboradores. Lugar editorial. Buenos Aires.

Torres de Torres, A. (2016) Reinención de lo comunitario, Hacia una ciencia domiciliada en América Latina. Editorial El Ágora.

UNICEF (2016) Estado de situación de la niñez y la adolescencia en Argentina. Recuperado el 11-08-2021 de: <https://www.unicef.org/argentina/media/2211/file/SITAN.pdf>

Vasile, V. y Reyes, F. (2012). Niños, niñas y adolescentes en conflicto con la ley penal. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Recuperado el 11-08-2021 de: http://www.jus.gob.ar/media/1126010/Ninos_Ninas_Adolescentes_Conflicto_Ley_Penal.pdf

FASCÍCULO 1

**Lineamientos para el
Abordaje de la Salud Integral
de Adolescentes en el
Primer Nivel de Atención**

SALUD INTEGRAL

ISBN 978-950-30-0321-9



9 789503 803219

argentina.gob.ar/salud
0800 .222 .100 2
Av. 9 de Julio 1925, C.A.B.A.

Dirección de
Adolescencias y Juventudes



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*