

# **Necesidades y Acceso a los Servicios de Salud de la Población Adolescente en el Norte Argentino<sup>1</sup>**

**Daniel Maceira**

(coordinador)

**Sofía Olaviaga**

**Beatriz Cerrizuela**

**Alicia Díaz**

**Gisella García Chamud**

**Mariela Vázquez**

**Marilina Urrutia**

**Cecilia Chami**

**Liliana Ensisa**

**Alicia Saad**

**Christian Dodaro**

**Julio 2012**

---

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido realizado en el marco de un proyecto institucional del Programa de Becas Carrillo-Oñativia de Salud Investiga. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de los autores. Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

## ***Acerca de los Autores***

### **Daniel Maceira (coordinador)**

Argentino, Ph.D. en Economía, Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Recibió su Licenciatura en Economía en la Universidad de Buenos Aires (UBA) y cursó estudios de postgrado en el Instituto Di Tella, Buenos Aires, Argentina. Maceira fue becario de doctorado de la Fundación Ford, del Programa de Becas del Gobierno del Japón, de la Beca Rosestein-Rodan (Boston University) y de la Fundación Adenauer. Actualmente es Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Adjunto de la Carrera de Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Profesor Titular Interino en la Cátedra de Organización Industrial, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. Ha desarrollado actividades docentes en las Universidades Nacionales de Buenos Aires (Escuela de Salud Pública, y Facultad de Ingeniería), de Salta, General Sarmiento, General San Martín, Mar del Plata, del Sur, de Tucumán y del Litoral, y en las Universidades Di Tella, San Andrés, San Pablo en Tucumán, Palermo, Católica de Salta, Católica de Córdoba, y Georgetown University. Asimismo es miembro del Consejo Directivo de la Maestría en Política y Gestión de la Salud del Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH) y del Foro de Investigación en Salud para Argentina, Desequilibrio 10/90 (FISA). Maceira es miembro del Comité Científico de la International Health Economics Association (iHEA), del Consejo Directivo de la Asociación Argentina de Economía Política (AAEP), de la European Conference on Health Economics (ECHE 2012), del Segundo Simposio Global en Sistemas de Investigación en Salud Beijing 2012 y del International Journal for Equity in Health. Fue premiado por Alliance for Health Policy and System Research en la OMS, la Global Development Network (GDN), the InterAmerican Foundation (IAF), la Embajada de Suiza, y Salud Investiga (Ministerio de Salud argentino). En 2009 fue designado Presidente de la International Society for Equity in Health (ISEqH). Desarrolla y coordina proyectos de investigación y asistencia técnica con el apoyo de instituciones tales como Banco Mundial, IDRC, BID, OPS, OMS, Unicef, USAid, Gates Foundation, el Fondo Mundial, Ministerio de Salud de la Nación, entre otros. Ha participado de proyectos de investigación y consultorías, principalmente en países de América Latina, como Uruguay, Chile, Bolivia, Paraguay, Perú, Colombia, Panamá, Costa Rica, Honduras, El Salvador, Nicaragua, República Dominicana, y Cuba. Es autor y coautor de libros, capítulo de libros, y artículos publicados en revistas nacionales e internacionales con referato.

### **Sofía Olaviaga**

Licenciada en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales, (FLACSO), tesis en curso. Actualmente se desempeña como coordinadora del Programa de Salud de CIPPEC (Centro de Implementación de Política Pública para la Equidad y el Crecimiento). Coordinó y participó en varios proyectos de investigación y asistencia técnica en temas de salud pública, políticas de salud, adolescencia y niñez, y políticas sociales con el apoyo de instituciones nacionales e internacionales (Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF, BID, OMS, Fundación Navarro Viola, entre otros). Es autora y coautora de libros, capítulo de libros, artículos y documentos en esa materia.

## **Marilina Urrutia**

Licenciada en Economía, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestría en Economía Aplicada en el Instituto Di Tella, en curso. Fue becaria de investigación del Ministerio de Salud de la Nación, del Programa de Becas Individuales de Salud Investiga, y de la Fundación Carolina para la especialización en Madrid de Evaluación de Eficiencia, Eficacia e Impacto de Políticas Públicas. Actualmente se desempeña como Asistente de Investigación en el Área Economía del Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

## **Beatriz Cerrizuela**

Educadora para la Salud en la UNSE, Sexóloga Social y Educadora Sexual del Círculo de Sexología y Terapia de Pareja de Tucumán, Especialista en Salud Social y Comunitaria en la UNT. Se desempeña en el Ministerio de Salud de Jujuy, donde cumplió funciones en el Departamento de Educación para la Salud. Fue especialista en el área de Comunicación Social del PROMIN. Ex Responsable del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (2004-2005) y desde 2006 a la fecha es Responsable del Programa Provincial de Salud Integral en Adolescencias. Es docente e investigadora de la FHyCS-UNJU, donde actualmente es Directora del Departamento Académico de Ciencias de la Salud. Ha participado en proyectos de investigación relacionados con adolescencia, educación sexual, alimentación infantil, nutrición y salud, prevención de HIV, mortalidad infantil, y semiótica visual. Ha publicado varios artículos en libros y revistas nacionales e internacionales y posee una extensa actividad docente.

## **Cecilia Chami**

Trabajadora Social, Instituto de Estudios Superiores San Martín de Porres Provincia de Santiago del Estero. Es responsable del Subprograma de Atención Integral al Adolescente - Programa Materno Infanto Juvenil del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Santiago del Estero. Formó parte del Equipo Interdisciplinario de la Dirección del Niño y el Adolescente en la Municipalidad de la Capital, e integró el Equipo Interdisciplinario del Hogar de Protección Púberes Varones en el municipio "General San Martín". Fue responsable del equipo técnico de trabajo de asistencia a familias productoras, en la implementación del Programa PSA/PROINDER en las Localidades de María Luisa y La Chacras, trabajó en Programa FOPAR con grupos de familia en los barrios "El Bosque" y "Sarmiento", e integró el equipo de "Operativos Socio-Sanitarios, Ampliación de Cobertura", bajo la Dirección del Ministerio de Salud y Acción Social. Actualmente, es integrante del Equipo interdisciplinario "Centro de Atención Múltiple María Magdalena" Ciudad de Clodomira.

## **Alicia Díaz**

Médica, Universidad Nacional de Córdoba. Ejerció la Residencia de Obstetricia y Ginecología en el Hospital "Dr. R. Madariaga" en Misiones, Posadas. Realizó la Especialización en Tocoginecología en la Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, y Postgrados en "Atención Integral Adolescente" en la Universidad de Buenos Aires, en "Ginecología Infanto Juvenil" en la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil y en Salud Social y Comunitaria. Actualmente es Responsable (fundadora) del Programa Provincial de Atención Integral del Adolescente en el Ministerio de Salud Pública de Misiones. Asimismo, actúa como Médica referente del Ministerio Salud Pública en "Abuso sexual y Violencia Familiar".

Díaz ha coordinado diversas Jornadas de abuso sexual infantil, violencia de género y embarazo adolescente, es directora docente del Curso “Atención Integral del Adolescente” en Misiones y se desempeña como ginecóloga infanto juvenil en el Hospital Provincial de Pediatría de Posadas. Participa como Delegada-Referente en la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil y en la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (Amada) en la provincia de Misiones

## **Liliana Ensisa**

Es Médica Cirujana, Universidad Nacional del Nordeste de la provincia de Corrientes. Realizó la Residencia Médica en Pediatría en el Hospital Pediátrico “A. Castelán”, Resistencia. Actualmente es Coordinadora del Programa Provincial de Adolescencia de la Provincia del Chaco. Se desempeñó como Jefa de Emergencia y Guardia Externa del Hospital Pediátrico “Dr. A. Castelán”, Chaco. Participó en numerosos Congresos, Talleres y Cursos de Capacitación en adolescencia y pediatría y realizó numerosas concurrencias en residencias como Instructora de Pediatría en las provincias de Chaco y Corrientes. Integró las Cátedra de Histología y Embriología en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste.

## **Gisella García Chamud**

Lic. en Educación para la Salud y Educadora Sanitaria, Universidad Nacional del Santiago del Estero. Actualmente es integrante del Subprograma de Atención Integral al Adolescente perteneciente al Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Santiago del Estero. Se desempeñó como encargada del consultorio de altas de la Maternidad “Dr. Faustino Herrera” y como coordinadora del servicio de atención integral al adolescente en el Hospital Regional “Ramón Carrillo” en la provincia de Santiago del Estero. Participó como investigadora en proyectos de seguridad vial, morbilidad y mortalidad materna y en el trabajo de investigación Libres, XVII en el Congreso Argentino de Enfermería. Es docente de la Cátedra de Estadística descriptiva y estadística aplicada a la Salud en las Carreras de Licenciatura y Profesorado en Educación para la Salud y Obstetricia.

## **Alicia María Saad**

Argentina, médica tocoginecóloga, certificada en Ginecología Infanto Juvenil, especialista en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Ejerció su profesión de Médica Residente y Jefa de Residentes en el Servicio de Tocoginecología del Hospital Vecinal de Lanús, y como Médica concurrente al Servicio de Ginecología y Obstetricia en la Universidad de San Diego, California, E.E.U.U. y al Servicio del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires. Actualmente se desempeña como Referente Provincial del Programa Provincial de Salud Integral del Adolescente y como Médica Supervisora del Departamento Materno Infanto Juvenil- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán. Integra el Departamento Materno Infanto Juvenil del Sistema Provincial de Salud (SiProSa), de la Mesa de Coordinación Provincial (MCP) del Programa Nacional de Inclusión Educativa “Todos a Estudiar”. Es miembro Titular de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ), de la Sociedad Argentina de Pediatría (S.A.P.) y de la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva SAEGRE. Integra el Comité de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría (S.A.P.) y es miembro Adherente de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tucumán. Se ha desempeñado como organizadora, coordinadora y docente de numerosos cursos, jornadas y talleres relacionados con la especialidad y

es autora y coautora de varios trabajos, proyectos y programas. Saad es Profesora Adjunta de la Cátedra Educación para la Salud del Profesorado en Ciencias Biológicas de la Facultad de Ciencias Naturales e IML UNT.

## **Mariela Vázquez**

Licenciada en Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Posgrado en Psicoterapia Gestáltica, Instituto Gestalten Provincia de Córdoba. Se desempeña como Coordinadora del Departamento de Adolescencia de la Provincia de Catamarca. Actualmente ha sido designada Directora de la Dirección Provincial de Asistencia Integral a Personas con Discapacidad. Desarrolló tareas en el Gabinete Técnico de la Escuela Especial N° 10, fue Jefa del Servicio de Psicología del Centro de Rehabilitación y Coordinadora de Talleres para pacientes con A.C.V. Integró numerosos equipos de trabajo, entre ellos el Equipo del CAPS "Teresa de Calcuta", el Equipo del "Programa Provincial de Diabetes" y el Equipo de la "Dirección Provincial Materno Infantil". Asimismo, participó en investigaciones y programas provinciales dependientes del Ministerio de Salud: Carrera de Posgrado e Investigación, Maestría en Psicología Preventiva, Carrera de Gerencia y Administración en Servicios de Salud- Universidad Nacional de Córdoba.

## **Christian Dodaro**

Magíster en Comunicación y Cultura, Fsoc. UBA y doctorando en Ciencias Sociales, en la misma alta casa de estudios. Ha realizado acciones de prensa y comunicación en el Ministerio de Trabajo de la Nación desde 1998 a 2006. Desde 2010 es Consultor del Ministerio de Salud de la Nación en Comunicación. Fue docente de la carrera de comunicación de la Universidad Nacional de Río Negro, de la Universidad Nacional de San Martín, la UBA y la Universidad Nacional de La Plata. Ha participado en varios grupos y proyectos de investigación relacionados con juventud, consumos culturales, acciones colectivas, los movimientos sociales y la cultura popular.

# Agradecimientos

Fernando Zigman, Director de Salud Adolescente, Ministerio de Salud de la Nación

Nina Zamberlin, Dirección de Salud Adolescente, Ministerio de Salud de la Nación

## **CATAMARCA**

Agüero Daniela, Obstetra Centro de de Atención Primaria de la Salud

Barros Roxana, Departamento de Salud Sexual y Procreación Responsable, Dirección Provincial Materno Infantil – Ministerio de Salud

Lagoria Ana, Dirección de Infancia y Adolescencia - Ministerio de Desarrollo Social

Leguizamón Lorena, Coordinadora General Asociación Civil “Vivhis”

Olea Eugenia, Psicóloga del Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños “Eva Perón”  
Palladino Claudia, Dirección Provincial Materno Infantil - Ministerio de Salud

Rebello Daniela, Consultorio de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital de Niños

Segura Cristina, Licenciada en Trabajo Social Hospital Interzonal de Niños “Eva Perón”

Segura Luis, Director de Salud Mental de la Provincia

Severini Alejandro, Instructor de Residencia Pediátrica

Vega Lili, Jefa de Programa de Educación Domiciliaria, Hospitalaria y en Contexto de Encierro, Ministerio de Educación

## **CHACO**

Alegre Nancy, referente Subsecretaría de Coordinación - Ministerio de Educación

Ayala Francisco, Asistente Social del Centro de Salud “Cecilia Grierson” del Barrio Mujeres Argentinas

Bittel Raúl, Presidente del Instituto del Deporte

Luque Natalia, Responsable de la Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia - Subsecretaría de Desarrollo Social

Mariela, Obstetra del Centro de Salud “Golf Club” del Barrio Mujeres Argentinas

Michelini Alicia, Responsable de Dirección Materno Infantil - Ministerio de Salud Pública

Peloso Patricia, Enfermera del Centro de Salud “Cecilia Grierson” Barrio Mujeres Argentinas

Perna Nanci, Médica Clínica del Servicio de Adolescencia del Hospital “Julio C. Perrando”

Quintana Ana, Directora de Servicio de CAPS del Centro de Salud “Dra. Cecilia Grierson

Winachick Norma, Jefa del Servicio de Adolescencia del Hospital “Perrando”

## **JUJUY**

Dra Claudia Aramayo: Médica del Consultorio de Adolescencia- Centro de Salud La Viña

Dra Alice Vargas: Ginecóloga Infanto-Juvenil Hospital San Roque

Dr Rafael Calderón: Jefe Consultorio Adolescente - Hospital Pablo Soria

Lic. Eduardo López: Coordinador de Programas de la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia

Dra Susana Beguier: Directora General de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud

Prof Nancy Salinas, Directora de Educación Secundaria del Ministerio de Educación

Lic. Luis Esteban Gilardi: Secretario de Estado de Deportes

Sra. Mirta Cabana .Presidenta de la Fundación Dar.Lo.Cab

Sr. Jorge Rojas. Coordinador Fundación San Antonio

Especial agradecimiento a Encuestadora E.S Norma Flores.

## **MISIONES**

Bezus Germán, Responsable de la Unidad Coordinadora de Programas Materno Infantiles -  
Ministerio de Salud Pública

Brich Germán, Director de Salud Mental

Cantero Marcelo, Subsecretario de la Juventud, Ministerio de Desarrollo Social, la Mujer y la  
Juventud

Claramunt Raúl, Responsable de Área Salud Sexual - Ministerio de Salud

Espinola Ada Luz, Directora de Enseñanza Secundaria, Polimodal, Jóvenes y Adultos Consejo  
General de Educación

Farras Silvina, Peditra del Primer Nivel en Centro de Atención Adolescente

Frada José Guillermo, Jefe de Departamento Clínico del Hospital de Pediatría "Dr. Barreyro"

Pereyra Esteban, Jefe de Departamento de Obstetricia Hospital Materno Neonatal

Pigerl Dante, Presidente del Consejo Provincial de Deporte y Recreación

## **SANTIAGO DEL ESTERO**

Almeida Verónica Elizabet, Directora de la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia –  
Subsecretaría de Niñez y Adolescencia

Banco Ramiro, Director de Desarrollo Social - Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Campos Claudia, Trabajo Social del Servicio de Atención Integral al Adolescente en el Hospital  
Regional

Carrizo Pedro, Responsable del Programa de Maternidad e Infancia - Ministerio de Salud y  
Desarrollo Social

Dapelo Carlos, Coordinador General de Deporte

Harón Soledad, Jefa del Servicio de Atención Integral al Adolescente del Hospital  
Independencia

Mansilla Fabiana, Jefa del Servicio de Atención Integral al Adolescente del Hospital Regional  
"Ramón Carrillo"

Olivera Claudia, Referente Provincial del Programa de Salud Sexual y Procreación  
Responsable

Taboada Juan, Director del Programa de Atención Primaria de la Salud - Ministerio de Salud

Torres Rubén, Asistente Técnico Local de Caritas Argentina, Delegación Santiago del Estero

## **TUCUMÁN**

Alvarez Adriana, Responsable de área de Salud Sexual y Reproductiva - Ministerio de Salud

Bravo Daniela, Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia - Ministerio de Desarrollo Social

Cabral Cristina, Servicio de Salud- Efectores del 3º Nivel de Atención, Pediatría - Ministerio de Salud

Ferrari Liliana, Responsables de proyectos de tiempo libre y recreación - Dirección de Deportes y Recreación de la Municipalidad de San Miguel de Tucumán

Gutiérrez Jorgelina, Abogada de la Organización Civil "Manos Abiertas"

Jerez Karina, Trabajadora Social del Servicio de Salud - Efectores del 3º Nivel de Atención, Trabajo Social - Ministerio de Salud

Juárez Mariana, Servicios de Salud: Efectores del Primer Nivel de Atención Salud Mental - Ministerio de Salud

Ledesma Claudia, Servicios de Salud -Efectores del Segundo Nivel de Atención, Tocoginecología - Ministerio de Salud

Lemaitre Marcela, Responsable de Área Salud Mental - Ministerio de Salud

Nuñez de Laks Silvia, Profesora de Educación Media - Ministerio de Educación

Velazco Oscar, Referente Organización Civil "Fundación Desarrollo y Equidad" (FUNDEQ),

Villafañe Federico, Responsable de Área Materno Infante Juvenil (MIJ) - Ministerio de Salud

# INDICE

<b>Acerca de los Autores</b> .....	
<b>Agradecimientos</b> .....	
<b>Capítulo 1: Introducción</b> .....	
<b>Capítulo 2: Contextualización de la Población Adolescente en Argentina</b> .....	
<i>M.Laura Martínez y Nina Zamberlin</i>	
<b>Capítulo 3: Evolución del marco conceptual y normativo internacional, nacional y provincial para el abordaje de la salud de adolescentes</b> .....	
<i>Sofía Olaviaga</i>	
<b>3.1: Introducción</b> .....	
<b>3.2.: La Comunidad Internacional y la Salud de Adolescentes</b> .....	
<b>3.3.: Evolución de los Paradigmas y Políticas Destinados a la Salud de los Adolescentes</b> .....	
<b>3.4.: El Marco Normativo Argentino para el Abordaje de la Salud de Adolescentes</b> ...	
<b>3.5.: Reflexiones Finales</b> .....	
<b>Capítulo 4: Revisión de Literatura y Marco Teórico</b> .....	
<i>Daniel Maceira y Marilina Urrutia</i>	
<b>Capítulo 5: Metodología</b> .....	
<b>Capítulo 6: Mapeo de Actores en la Atención de la Salud Adolescente</b> .....	
<i>Christian Dodaro</i>	
<b>Capítulo 7: Necesidades y Acceso a la Salud de los Adolescentes</b> .....	
<i>Daniel Maceira y Marilina Urrutia</i>	
<b>7.1: Introducción</b> .....	
<b>7.2: Estadísticas Descriptivas. Contexto Familiar</b> .....	
<b>7.3: Necesidades de Salud de los Adolescentes</b> .....	
<b>7.4: Necesidades de Salud Emergentes en la Adolescencia. Conductas</b> .....	
7.4.1: Propias:	
7.4.1.1: Sexo: estrategias de protección y conocimiento	
7.4.1.2: Adicciones: Prevalencia de Tabaco y Alcohol. Prácticas para Perder Peso	
7.4.1.3: Suicidio y lesiones	
7.4.2: Conducta de los otros: Trato en el hogar	
<b>7.5: Conductas: Análisis Multivariado</b> .....	
<b>7.6: Desempeño. Acceso y Cobertura de Salud. Aspectos Generales</b> .....	
<b>7.7: Acceso: Análisis Multivariado</b> .....	

**Capítulo 8: Conclusiones.....**

**Referencias.....**

**Anexo I. Entrevistas a Actores Clave en las Provincias Participantes del Estudio..**

**Provincia de Tucumán.....**

*Alicia Saad*

**Provincia de Catamarca.....**

*Mariela Vazquez*

**Provincia de Misiones.....**

*Alicia Díaz*

**Provincia de Santiago del Estero.....**

*Chami Cecilia – García Chamut Gisella*

**Provincia de Jujuy.....**

*Cerrizuela Beatriz*

**Anexo II: Formulario de Encuesta a Adolescentes.....**

## INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

- Figura 2.1:** Evolución de la población de adolescentes y de la población total. Argentina. Años 1980 - 2010
- Figura 2.2:** Distribución porcentual de la población de adolescentes, según grupo de edad. Argentina y Jurisdicciones, año 2010
- Figura 2.3:** Proporción de adolescentes con cobertura de salud pública exclusivamente, por provincias. Argentina, 2010
- Figura 2.4:** Distribución de los adolescentes según condición de asistencia escolar y actividad económica. Grandes aglomerados urbanos, 2010
- Figura 2.5:** Porcentaje de población adolescente con Necesidades Básicas Insatisfechas, por jurisdicciones. Argentina, 2001
- Figura 2.6:** Prevalencia de actividad física por sexos
- Figura 2.7:** Evolución del consumo abusivo de alcohol según sexo. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007, 2009 y 2011
- Figura 2.8:** Evolución del consumo de tabaco, según sexo. Estudiantes de Nivel Medio. Argentina 2001, 2005, 2007, 2009 y 2011
- Figura 2.9:** Tasas de fecundidad adolescente (15 a 19 años). Países seleccionados de América Latina, 2010
- Figura 2.10:** Evolución de la tasas de fecundidad adolescente (10 a 14; 15 a 19 años). Argentina, 1980-2010
- Figura 2.11:** Porcentaje de Nacidos Vivos de madres adolescentes (10-19 años). Argentina y jurisdicciones, 2010
- Figura 2.12:** Evolución del aborto como porcentaje de las muertes maternas en adolescentes y en todas las mujeres. Argentina, 1998-2010
- Figura 2.13:** Evolución de la tasa de mortalidad en adolescentes. Argentina, 2002 a 2010
- Figura 2.14:** Evolución del total de defunciones en adolescentes, por sexos. Argentina, 2002 a 2010
- Figura 2.15:** Distribución porcentual de las defunciones por causas externas en adolescentes. Argentina, 2010
- Figura 2.16:** Tasas de mortalidad por suicidio según edad. Argentina. Años 2000-2010
- Figura 2.17:** Tasas de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexos y grupos de edad. Argentina, año 2010
- Figura 4.1.:** Marco de Análisis para la Política de Adolescencia
- Figura 4.2.:** Análisis de Literatura sobre Conducta Adolescente
- Figura 7.1.:** Percepción de Estado de Salud, Total Provincias
- Figura 7.2:** Problemas de Salud Declarados y Consultas. Varones Adolescentes, Total País

- Figura 7.3:** Problemas de Salud Declarados y Consultas. Mujeres Adolescentes, Total País
- Figura 7.4:** Temáticas de Salud que Preocupan y se han Hablado con Profesionales de Salud. Ambos Sexos, Total País
- Figura 7.5:** Personas/Instituciones a quienes acuden – Todas las problemáticas
- Figura 7.6:** Métodos de Protección
- Figura 7.7:** Prácticas Empleadas para Perder Peso, por Sexo
- Figura 7.8:** Pensamientos Relacionados con Quitarse la Vida, por Provincia
- Figura 7.9:** Lesiones Autoinflingidas, por Provincia
- Figura 7.10:** Vínculos Familiares
- Figura 7.11:** Vínculos Familiares II
- Figura 7.12:** Paga por la consulta?
- Figura 7.13:** Dificultades de Acceso a Servicios de Salud, Total Provincias
- Figura 7.14:** Fuentes de Información, Según Temática
- Figura 7.15:** Qué Esperan y Qué Encuentran los Adolescentes en el Centro de Salud cuando Acuden
- 
- Tabla 2.1:** Tasas netas de escolarización en adolescentes en edad de cursar el nivel medio (13 a 17 años) por jurisdicción. Argentina 2001 y 2006
- Tabla 2.2:** Jurisdicciones agrupadas según tasa de fecundidad adolescente precoz (10-14) y tardía (15-19). Argentina, 2010
- Tabla 2.3:** Evolución de la tasa de diagnóstico de VIH en adolescentes de 15 a 19 años desde al año 2001 al 2008 en Argentina
- Tabla 2.4:** Defunciones en la adolescencia. Mortalidad proporcional y tasas de mortalidad específica por causa. Ambos sexos, varones y mujeres, Argentina, 2010
- Tabla 2.5:** Defunciones por causas violentas en adolescentes y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes, según grupos de edad y género. Argentina, año 2010
- Tabla 2.6:** Defunciones y tasas trienales de mortalidad en adolescentes (cada 100.000 habitantes) por suicidios según jurisdicción de residencia. Argentina, 1990/2010
- Tabla 3.1:** Marco Normativo Provincial para la Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes
- Tabla 3.2:** Programas de Adolescencia y Espacios de Atención Diferenciada, según Provincia, Mayo 2011
- Tabla 3.3.:** Marco normativo-institucional para el abordaje de la adolescencia, vigente en las provincias seleccionadas.
- Tabla 5.1:** Muestra de Escuelas por Provincias y Departamentos seleccionados
- Tabla 5.2:** Muestra de Adolescentes Encuestados, por Provincia y Departamento

<b>Tabla 5.3:</b>	Muestra de Adolescentes Encuestados, por Provincia y Sexo
<b>Tabla 5.4:</b>	Muestra de Adolescentes Encuestados, por Provincia y Edad
<b>Tabla 5.5:</b>	Muestra de Adolescentes Encuestados, por Provincia. Distribución Etárea
<b>Tabla 7.1:</b>	Miembros del Hogar de la Población Adolescente, por Provincia
<b>Tabla 7.2:</b>	Jefe de Hogar del Adolescente, por Provincia
<b>Tabla 7.3:</b>	Educación del Jefe de Hogar del Adolescente, por Provincia
<b>Tabla 7.4:</b>	Uso de Preservativos en Adolescentes por Sexo, Provincia y Edad
<b>Tabla 7.5:</b>	Análisis Multivariado. Determinantes de Hábitos: Alcohol, Drogas, Cigarrillos y Lesiones
<b>Tabla 7.6:</b>	Análisis Multivariado. Temas de Salud que Preocupan a Adolescentes
<b>Tabla 7.7:</b>	Análisis Multivariado. Problemas de Salud que Ocurrieron durante el Último Año
<b>Tabla 7.8:</b>	Cobertura Formal en Salud de los Adolescentes, por Provincia
<b>Tabla 7.9:</b>	Lugar donde Concorre ante un Problema de Salud, por Provincia
<b>Tabla 7.10:</b>	Calidad del servicio percibida por el Adolescente, por Provincia
<b>Tabla 7.11:</b>	Análisis Multivariado. Lugar donde se Atiende
<b>Tabla 7.12:</b>	Análisis Multivariado. Opinión de los Servicios

# Capítulo 1

## Introducción

Los y las adolescentes constituyen un grupo de población con indicadores de morbilidad y mortalidad bajos en comparación con otros grupos poblacionales. Sin embargo, presentan problemáticas particulares que pueden condicionar su salud y su vida. La importancia de estos problemas no sólo se puede medir en términos del número de afectados, sino principalmente porque involucran a una población con una larga expectativa de vida productiva. Ello convierte a la salud de los y las adolescentes en una prioridad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales.

Los y las adolescentes se encuentran en un momento particular del desarrollo y, por sus necesidades específicas, deben ser abordados como un grupo diferente a los niños y los adultos, con experiencias de vida y necesidades diversas que varían de acuerdo a las situaciones que atraviesan según edad, sexo y contexto social y cultural.

Se desataca entonces la necesidad de invertir en medidas de reconocimiento, protección y cuidado de esa población, no sólo para garantizar sus derechos de acuerdo a la Convención de los Derechos del Niño sino también porque es la forma más eficaz de consolidar los logros alcanzados en la infancia y porque contribuye a reducir las disparidades socioeconómicas y sus consecuencias.

La literatura orientada a la evaluación de políticas de acceso al sistema sanitario permite diferenciar la presencia de tres instancias en la satisfacción del derecho a la salud.

La primera se asocia con la identificación de la necesidad de acceder al cuidado sanitario. En ocasiones, la escasa percepción de la necesidad afecta negativamente el acceso, a pesar de existir condiciones objetivas desde la oferta para la satisfacción de la demanda. Esta brecha entre la oferta institucional y la necesidad traducida en demanda sanitaria requiere de una batería de acciones de política que exceden la órbita tradicional del ministerio sanitario, y avanza en atribuciones de otras áreas de las políticas sociales, tales como educación y acción social.

Particularmente, en el caso de la población adolescente, el acceso a la información constituye un desafío adicional, desde dos puntos de vista. El primero, porque establece el desafío de identificar mecanismos idóneos de transmisión de la información a partir de canales idiosincrásicos del grupo etéreo bajo análisis, y que no necesariamente constituye el modo de comunicación tradicional aplicado para otros contingentes. En segundo desafío refleja la presencia de la familia como mediador, facilitador, o condicionante, según el caso, de la información.

La segunda instancia se vincula con cómo traducir la necesidad identificada en demanda efectiva. Aquí se plantea la presencia de diferentes barreras (culturales, geográficas, económicas, institucionales, etc.) que impiden el acceso y que se encuentran particularmente vinculadas con los modos de organización del sistema sanitario argentino, naturalmente segmentado con profundas inequidades.

La tercera instancia se concentra en los mecanismos generados desde el sistema sanitario que facilitan la identificación de las necesidades y se traducen en acciones

eficaces de política. La problemática adolescente requiere de esfuerzos de coordinación entre los ámbitos privados (individuo, familia, amigos, comunidad) con el ámbito público (CAPs, escuelas, hospitales, centros comunitarios); entre los espacios de promoción y atención; entre las órbitas nacionales y provinciales del sistema de salud; y entre distintas áreas ministeriales dentro de cada jurisdicción (salud, educación, acción social).

La relación entre información, necesidad identificada, traducción de necesidad en demanda, y posibilidad de acceso y diseño de políticas constituye la línea de trabajo que motiva el presente proyecto de investigación a fin de contribuir al diseño, orientación y formulación/reformulación de políticas públicas dirigidas a los y las adolescentes.

El objetivo del estudio es identificar las barreras que dificultan el acceso a la salud por parte de la población adolescente en seis provincias del noroeste y noreste argentino: Tucumán, Jujuy, Catamarca, Misiones, Chaco y Santiago del Estero. Se enfatiza en cada caso las necesidades e intervenciones asociadas con la salud sexual y reproductiva; las adicciones, la alimentación; y el suicidio, que constituyen los ejes centrales del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia para el 2011.

Para ello se identificarán por un lado las percepciones del estado de salud propio de los adolescentes, las principales necesidades de salud y su relación con el sistema sanitario a través del desarrollo de encuestas a estudiantes, y por el otro se indagará en la capacidad local existente para cubrir dichas problemáticas y los mecanismos a partir de los cuales se efectiviza la oferta a partir de información relevada en los espacios institucionales encargados de diseñar e implementar dichas políticas.

En definitiva, el propósito del estudio es contribuir al diseño y la formulación informada de políticas e intervenciones públicas dirigidas a esta población. El hecho de que funcionarios nacionales y provinciales de salud se encuentren involucrados en el desarrollo del proyecto, asegura, en parte, la utilidad del estudio, en tanto evidencia el valor estratégico de esta información para el futuro desarrollo de política pública.

El capítulo 2 resume los principales ejes temáticos desarrollados en el trabajo "Situación de salud de l@s adolescentes en la Argentina", Julio 2012, elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación, revisando la posición institucional sobre el particular. A partir de ello, el capítulo siguiente presenta la mirada ofrecida por organizaciones internacionales y referentes, que sirven de marco para el desarrollo del trabajo posterior.

El capítulo 4 refleja el resultado de una revisión de literatura sobre la temática adolescente, identificando preguntas de investigación propuestas, criterios de análisis y medición, lo que aporta a la definición de un marco teórico para el estudio. A continuación, el capítulo 5 introduce la metodología de la investigación, cuyos resultados se discuten en las dos secciones siguientes.

El capítulo 6 refleja el análisis cualitativo producto del mapeo de actores llevado a cabo por el equipo de investigación en cada una de las provincias incluidas en el programa de trabajo. En él, a partir de una estructura homogénea de abordaje, el proyecto logra un análisis comparativo de opiniones, percepciones e iniciativas desarrolladas en las jurisdicciones seleccionadas. Particular énfasis se coloca en el vínculo entre el adolescente y el sistema de salud, poniendo de evidencia los desafíos que enfrenta el sistema para capturar las necesidades de los jóvenes.

A continuación, el capítulo 7 permite un análisis de la información suministrada por una muestra de más de 5000 adolescentes asistentes a escuelas públicas secundarias de seis provincias, residentes en la ciudad capital, y dos departamentos de mediano y baja escala poblacional. Esta sección abunda en el análisis cuantitativo bivariado y multivariado, permitiendo la comprobación de una serie de preguntas de investigación

planteadas sobre percepción de salud, cobertura formal, acceso físico, barreras al tratamiento y necesidades prevalentes.

La sección de conclusiones final resume los resultados del proyecto de investigación y abre el debate de política pública.

Finalmente, el trabajo brinda un anexo que resume los principales ejes del trabajo de campo a partir de los informes de los referentes provinciales participantes de la iniciativa.

# Capítulo 2

## Contextualización de la Población Adolescente en Argentina<sup>2</sup>

*M.Laura Martínez y Nina Zamberlin*

Se estima que en la actual población mundial una de cada cinco personas (1.200 millones) es adolescente, y que 9 de cada 10 viven en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe las y los adolescentes conforman el 19% de la población total, porcentaje que varía entre el 13% y el 24% para los distintos países (UNICEF, 2011). En Argentina esta proporción asciende a 17,6%, según el último Censo Nacional de Hogares, Población y Viviendas realizado en el año 2010.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Clásicamente se subdivide a la adolescencia en dos etapas: la temprana que comprende desde los 10 a los 14 años, y la tardía de los 15 a los 19 años.

Este grupo poblacional está expuesto a riesgos específicos propios de esa etapa del ciclo vital, pero no constituyen un grupo de riesgo en sí mismo. La salud entendida como un constructo social que determina la manera en que los sujetos y la sociedad actúan en relación a la salud, adquiere especial significación en el caso de los adolescentes cuyos problemas son predominantemente de orden social.

Desde 1980 a la actualidad la población total ha progresado en términos absolutos. Sin embargo el crecimiento relativo de la población adolescente fue en descenso ya que creció un 31% entre 1980 y 1991, luego un 6% hacia el 2001 y un 3% hacia el año 2010 (Figura 2.1).

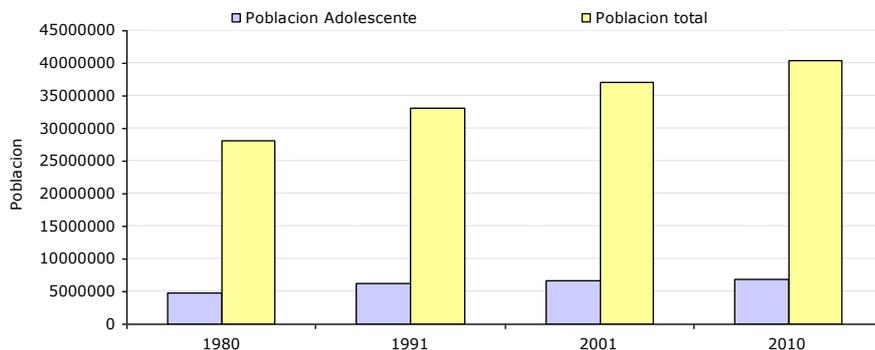
El descenso del ritmo de crecimiento se ha iniciado en los principios del siglo XX como consecuencia de la caída en la fecundidad y de la disminución del componente migratorio. Particularmente la población de niños y adolescentes registra un crecimiento positivo pero atenuado que se explica por la disminución de la fecundidad global y de la mortalidad infantil (INDEC- UNICEF 2003).

Para el año 2010, la población de adolescentes representa casi una quinta parte de la población total (17,6%), siendo el grupo poblacional más numeroso, superando levemente a la población infantil (16,7%). La mitad de adolescentes tienen entre 10 y 14 años, y la segunda mitad entre 15 y 19 años de edad. Asimismo, su composición por sexo no muestra diferencias significativas: de cada 100 adolescentes 51 son varones y 49 mujeres (INDEC, 2011).

---

<sup>2</sup> Este capítulo resume el trabajo "Situación de salud de l@s adolescentes en la Argentina" elaborado el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación. Julio 2012

**Figura 2.1**  
**Evolución de la población de adolescentes y de la población total. Argentina.**  
**Años 1980 - 2010**



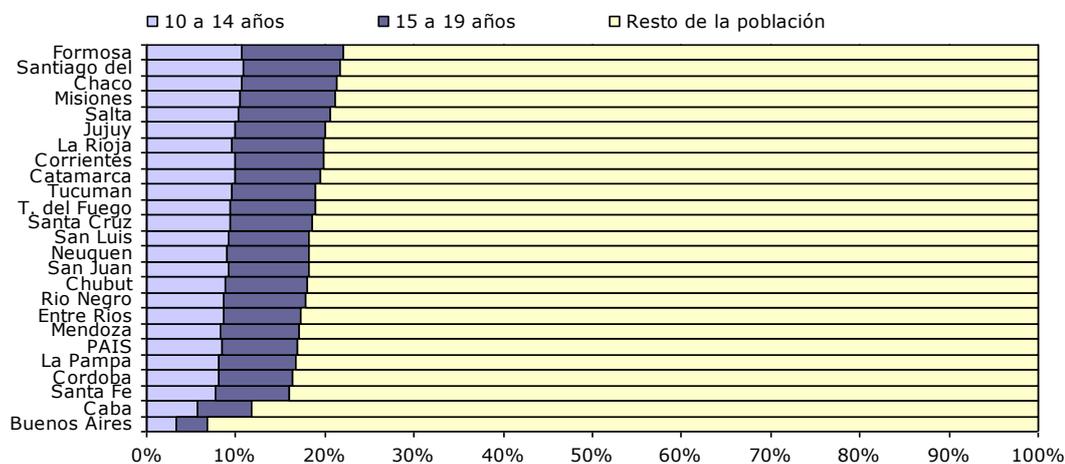
Fuente: Elaboración propia en base a Proyecciones de Población, INDEC.

La Figura 2.2 muestra la proporción de adolescentes en relación a la población total para todo el país (17,6%) y para las distintas jurisdicciones, que varían entre el 7% y el 22%. Salta, Misiones, Chaco, Santiago del Estero y Formosa son las provincias en las cuales representan más del 20,0% de la población. Mientras que en Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Santa Fe y Córdoba esta franja etárea es menos numerosa en términos relativos. Sin embargo estas cuatro jurisdicciones suman el 56% del total de adolescentes del país, ya que son las jurisdicciones más pobladas de la Argentina. Así, las provincias del norte tradicionalmente registran poblaciones más jóvenes secundarias a una mayor fecundidad; mientras que las provincias del centro reconocen un mayor envejecimiento lo que se acompaña de un menor peso de adolescentes en la población total (UNICEF-INDEC 2003).

La población adolescente puede acceder a una obra social o a una prepaga a partir del empleo de sus padres o a partir de un trabajo propio (los de 15 años o más). Ellos, junto con los niños, son las poblaciones más numerosas entre quienes cuentan con el sector público como única cobertura de salud.

Según datos del Censo 2010, el 44,5% de las y los adolescentes del país cuenta con los servicios del sistema público de salud como única cobertura.

**Figura 2.2**  
**Distribución porcentual de la población de adolescentes, según grupo de edad.**  
**Argentina y Jurisdicciones, año 2010**

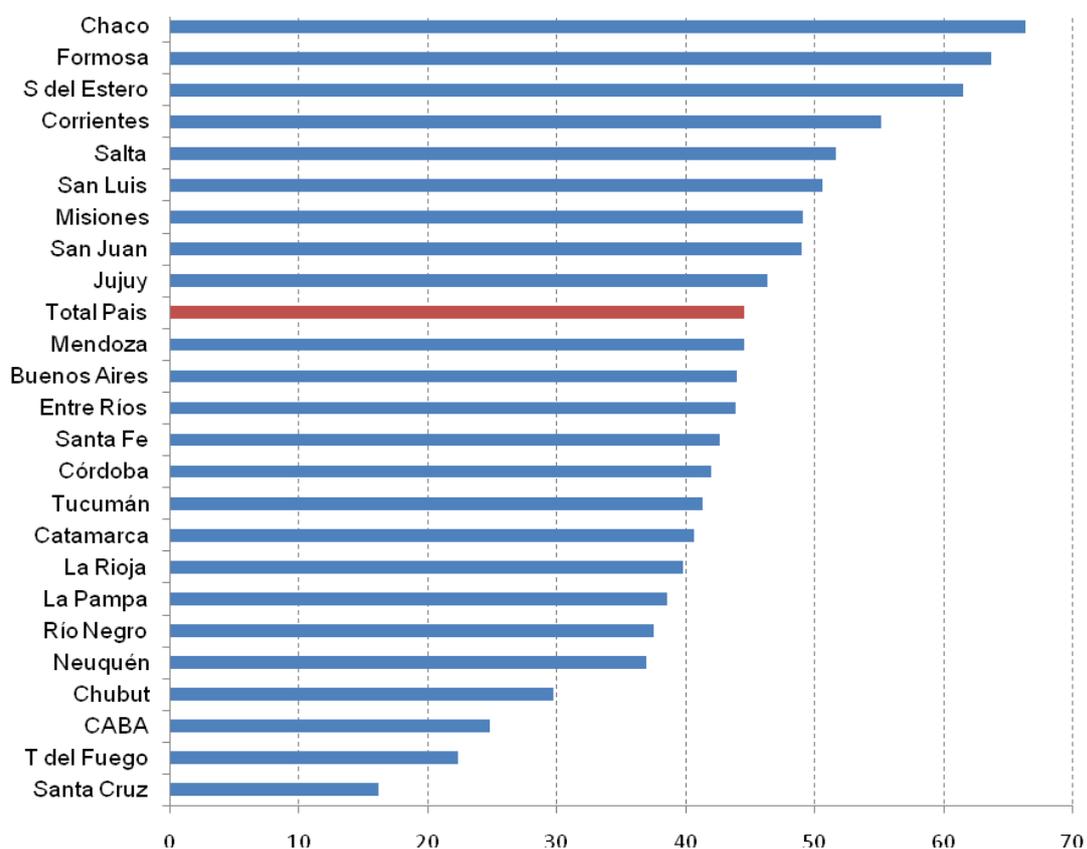


Fuente: Estimaciones y Proyecciones para el año 2010. INDEC.

A nivel jurisdiccional la situación es desigual, los datos del año 2010 permiten observar que la proporción de adolescentes con cobertura del sector público exclusivamente parte desde un 16,1% en Santa Cruz hasta un 66,4% en Chaco (Figura 2.3).

La educación y el trabajo son dos aspectos básicos que también permiten conocer la situación social de este grupo poblacional. En el informe publicado por UNFPA “Situación de la Población en la Argentina” se señala como principal tendencia la creciente incorporación al sistema de educación formal de los adolescentes y jóvenes<sup>3</sup> desde 1960 en adelante. La población escolarizada de 5 a 29 años de edad que, al momento de cada censo, cursaba en alguno de sus niveles pasó de 3,5 millones de individuos en el año 1960, a 6,1 millones en 1980 y a 10,1 millones en 2001<sup>4</sup>. La población en edad de escolarizarse también aumentó durante el período, pero lo hizo en menor cuantía, sólo el doble. Esto se acompaña de un aumento de las tasas netas de escolarización (Tabla 2.1).

**Figura 2.3**  
**Proporción de adolescentes con cobertura de salud pública exclusivamente, por provincias. Argentina, 2010**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010. INDEC.

<sup>3</sup>Usaron ambos términos (adolescentes y jóvenes), para identificar al grupo de individuos que, aproximadamente, se ubica entre el extremo inferior etáreo de 12- 13 años y el extremo superior de 23-24 años, para el análisis de la educación y entre 15 y 29 años para el análisis de los aspectos laborales.

<sup>4</sup>Se toman las edades 5-29 de ambas poblaciones por ser las más adecuadas para analizar su relación con la totalidad del sistema educativo; la primera es la edad usual de incorporación al sistema y la última es una edad más que suficiente para que el individuo haya transitado por todos sus niveles, los haya terminado o no

Cuando el universo de los adolescentes se desagrega por sexo y estrato socioeconómico, se aprecian diferencias importantes: la inserción escolar de las mujeres en edad de cursar el nivel medio de enseñanza supera a la de sus pares varones, y la inclusión escolar de los estratos bajos es significativamente inferior a la de los estratos altos.

La contraparte de la inserción escolar es la exclusión, es decir, el conjunto de personas que, de acuerdo a su edad, a la normativa vigente y a las expectativas sociales debería estar dentro del sistema educativo y no lo está. La exclusión del sistema educativo aumenta con la edad: se observa un 4% de niños y niñas de 6 a 12 años, un 12% en adolescentes de 13 a 17 años, y un 53% de jóvenes de 18 a 22 años que están fuera de las instituciones escolares. Si bien este fenómeno se registra en todos los estratos socioeconómicos, el grado de abandono es mayor en los estratos bajos. Como afirma el informe, la tensión entre incorporarse al trabajo o continuar la educación formal es mayor en los niveles sociales bajos y esto hace que las edades clásicas de pasaje de primario a secundario (13 y 14) presenten mayor crecimiento en la exclusión. Esta tensión entre trabajar o estudiar quizás explica más el comportamiento escolar de los varones más propensos al abandono que el de las mujeres, ya que las tasas de escolarización en varones son más bajas.

**Tabla 2.1**  
**Tasas netas de escolarización en adolescentes en edad de cursar el nivel medio (13 a 17 años) por jurisdicción. Argentina 2001 y 2006**

	Tasas netas de escolarización		Tasas netas de escolarización	
	2001	2006	2001	2006
Total del país	85,3	88,4	La Rioja	84,7
CABA	93,7	99,2	Mendoza	83,7
Buenos Aires	89,9	87,4	Misiones	72,7
Catamarca	87,7	91,0	Neuquén	86,9
Chaco	74,7	84,5	Salta	84,8
Chubut	90,1	88,5	San Juan	83,8
Córdoba	82,7	83,1	San Luis	84,7
Corrientes	78,7	85,4	Santa Cruz	94,3
Entre Ríos	82,0	88,8	Santa Fe	85,9
Formosa	80,2	86,6	Sgo. del Estero	69,1
Jujuy	87,0	93,7	Tierra del Fuego	95,7
La Pampa	86,2	91,1	Tucumán	73,0
				79,5

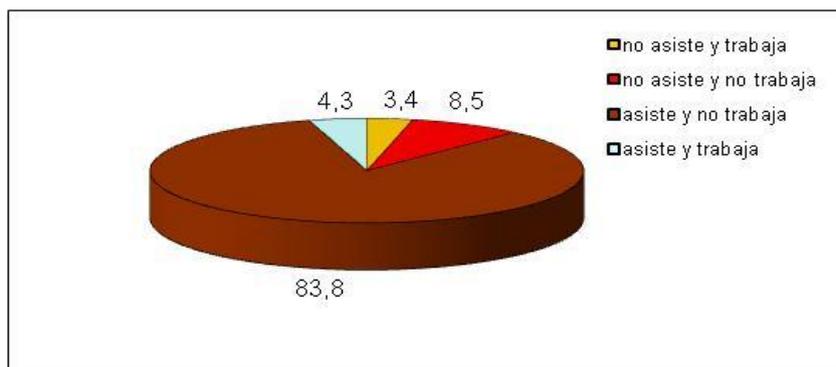
Fuente: "Situación de la Población en la Argentina", UNFPA, CENEP, 2010.

No obstante, el comportamiento escolar de las mujeres adolescentes está afectado por el embarazo y su negativo impacto en la continuación de su escolarización formal. Así Gogna, Fernández y Zamberlin (2005) hallaron en su investigación que de las adolescentes puérperas encuestadas en hospitales públicos de Gran Buenos Aires, Rosario y las capitales de Chaco, Misiones, Catamarca, Tucumán y Salta, de las que estaban escolarizadas al quedar embarazadas, el 60% abandonó la escuela antes del séptimo mes de embarazo.

Entre los adolescentes de 14 a 17 años, incluidos en la Encuesta Permanente de Hogares que releva los grandes aglomerados del país el 89% se encuentra dentro del

sistema formal de educación y, la mayoría de ellos no trabaja (figura 2.4). Los que se encuentran en la situación de “doble exclusión”, es decir que no estudian ni trabajan, representan el 8,5% (7,7% para los varones y 9,2% en el caso de las mujeres). La doble exclusión es mayor en niveles socioeconómicos bajos: por ejemplo trepa al 17,4% entre los jóvenes que residen en hogares con “clima educativo” bajo (aquellos donde el promedio de años de escolarización de los miembros de 18 años y más es inferior a 6).

**Figura 2.4**  
**Distribución de los adolescentes según condición de asistencia escolar y actividad económica. Grandes aglomerados urbanos, 2010**

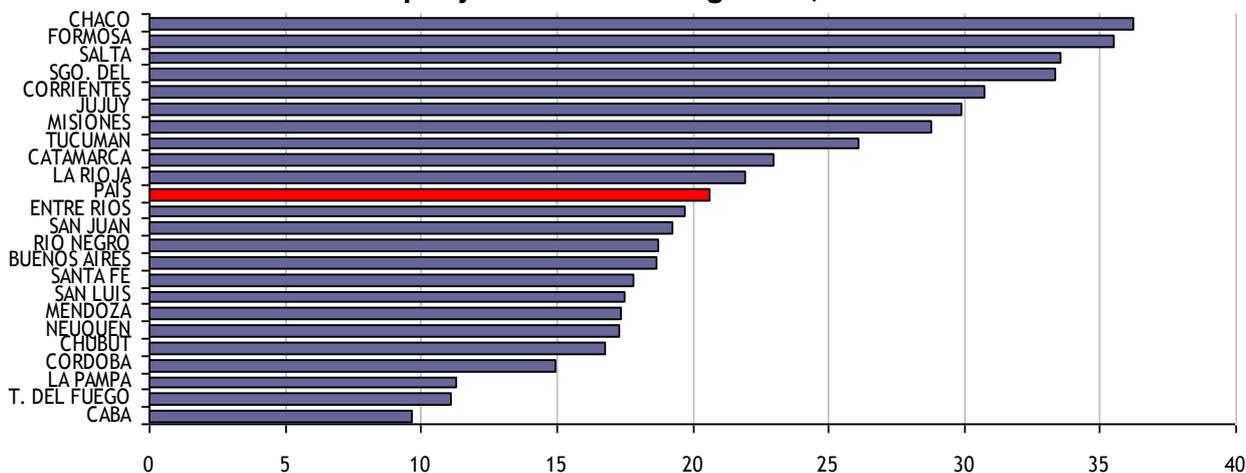


Fuente: elaboración propia en base a SITEAL, Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina Encuesta Permanente de Hogares (2010).

El nivel de desempleo es mayor entre los adolescentes y afecta más a las mujeres. En general, entre las mujeres adolescentes se registran los niveles más bajos de participación en la actividad económica y los más altos de desempleo.

Según datos del Censo 2001, últimos datos disponibles sobre el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), los niños y los adolescentes representan los grupos con mayor pobreza. A nivel país un 20% de la población adolescente vive en condiciones de NBI. Esto se agrava en las provincias de Chaco, Formosa, Salta, Santiago del Estero y Corrientes, en tanto superan el 30% de la población adolescente viviendo en condición de pobreza (Figura 2.5).

**Figura 2.5**  
**Porcentaje de población adolescente con Necesidades Básicas Insatisfechas, por jurisdicciones. Argentina, 2001**



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2001.

## **Factores de riesgos en la población adolescente**

En este apartado se abordan algunos aspectos centrales que impactan en la salud y la enfermedad de los jóvenes de la Argentina. Entre ellos se destacan hábitos, comportamientos y temas relacionados con la salud nutricional, la actividad física, la salud mental, el consumo de sustancias, la salud sexual y reproductiva, entre otros. Para ello se consultaron la Encuesta Mundial de Salud Escolar<sup>5</sup>, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)<sup>6</sup>, la Cuarta Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas<sup>7</sup> y una encuesta a jóvenes realizada por el Instituto Gino Germani<sup>8</sup>.

Respecto de la **salud nutricional**, la Encuesta de Salud Escolar señala que el 19% de la población adolescente presenta sobrepeso, porcentaje que llega al 24% en los varones y desciende al 14% en las mujeres. La prevalencia de obesidad es más baja, afectando a un 2,6% de la población encuestada, sin diferencias significativas entre los géneros.

El estudio del Instituto Gino Germani, por su parte, indagó acerca de la percepción de la imagen corporal y los resultados indicaron que más de la mitad se percibía como normal, el 15% delgado y el 19% gordo. Las mujeres se perciben en mayor proporción como gordas y los varones como delgados y normales.

En este sentido, el estudio relaciono el Índice de Masa Corporal (IMC) en base a peso y talla declarados, y la auto percepción de la imagen corporal. Se hallaron discrepancias entre ambas variables que en mujeres fueron más acentuadas y de sentido contrario a las registradas en varones. El 65% de las mujeres que según el IMC eran delgadas se percibió como normal, mientras que el 60% de los varones que se percibieron delgados eran normales según el IMC. Los estereotipos de peso normal para varones y mujeres no son los mismos, ellas tienen un ideal de peso más bajo del que marcan las tablas y ellos uno más alto (Kornblit, Mendez Diz y Adaszko, 2006).

En cuanto a la variedad de alimentos incorporados en la dieta, según la encuesta de salud escolar, un 60% de adolescentes comen frutas todos los días y un 71% comen verdura. Ambas prácticas alimentarias en forma conjunta sólo fueron adquiridas por el 14% de esta población. El 7% de los adolescentes reportó haber comido en establecimientos de comidas rápidas 3 veces o más a la semana y la mitad consume gaseosas dos veces por día.

En relación a la **actividad física**, cerca de la mitad de los estudiantes pasa tres o más horas al día realizando actividades sedentarias, y en mujeres es más frecuente. Por otro lado, el 12,4% de los estudiantes reportó haber realizado actividad física los siete días de la semana al menos durante 60 minutos al día. La prevalencia en varones es casi el doble que en mujeres (Figura 2.6)

---

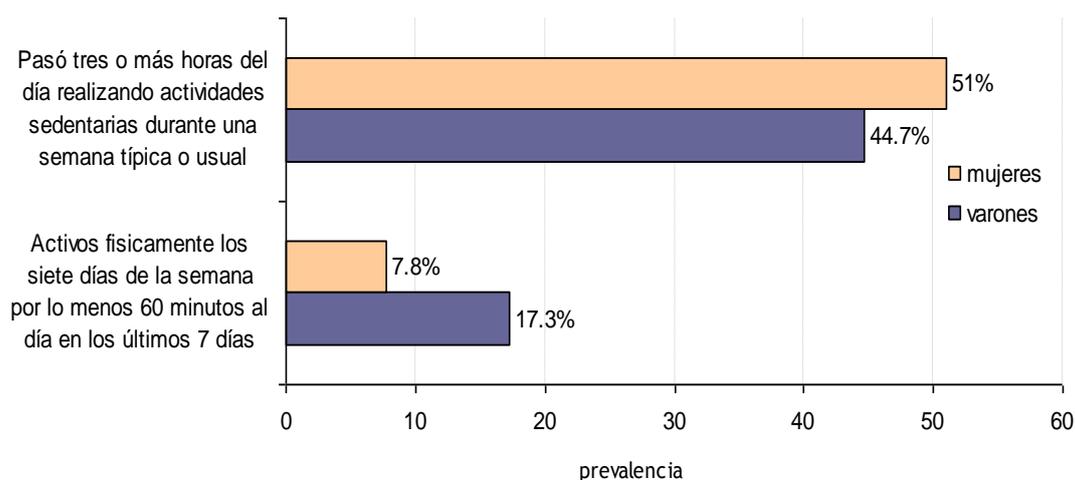
<sup>5</sup> Fue realizada en el año 2007 por el Ministerio de Salud de la Nación, en el todo el país sobre una muestra de 1980 alumnos de un total de 45 escuelas. Los datos son representativos de los alumnos de 1° a 3° año de la educación media (13 a 15 años).

<sup>6</sup> Fue realizada en el año 2005 por el Ministerio de Salud de la Nación sobre una muestra de mujeres en edad fértil (10 a 49 años) residentes en localidades de 5000 habitantes y más.

<sup>7</sup> La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), a través del Observatorio Argentino de Drogas (OAD), realizó en 2011 la Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media, sobre consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo y protección asociados. Esta encuesta ya se realizó en 2001, 2005, 2007 y 2009.

<sup>8</sup> El estudio "La salud desde la perspectiva de los jóvenes" de Kornblit, Mendes Diz y Adaszko, del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales, desarrolló una encuesta nacional en el año 2006 que incluyó a jóvenes de 15 a 21 años estudiantes de escuelas medias públicas de todo el país. La muestra contó con 6886 casos en 116 escuelas de 81 ciudades.

**Figura 2.6**  
**Prevalencia de actividad física por sexos**



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Salud Escolar (2007).

Otro aspecto relevante especialmente para esta franja etárea es la **salud mental**. Estos temas muchas veces son ignorados en la adolescencia, y al no recibir ningún tratamiento los jóvenes viven en situaciones de mayor vulnerabilidad. En esta dirección, la Encuesta de Salud Escolar relevó que un 10% de los estudiantes refirió sentirse casi siempre o siempre sólo durante el último año, el 16% de los estudiantes consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en el mismo período y un porcentaje similar (13,5%) hizo un plan acerca de cómo realizarlo.

Las lesiones no intencionales son la principal causa de muerte entre adolescentes. De los varones encuestados el 42% sufrió una lesión que le impidió ir a la escuela y requirió tratamiento médico; en mujeres estas lesiones afectaron a un 26%. Asimismo, el 30% de varones y el 19% de mujeres fueron atacados físicamente al menos una vez en el último año.

Entre los que sufrieron este tipo de lesiones, la mayoría reconocen que fue un accidente (57,6%); otros que fue realizada por otras personas y con intención (8,9%) y los restantes reconocen que fue autoinfligida (2,4%). En el caso de las lesiones autoprovocadas la prevalencia fue más alta entre las mujeres (3,9% vs. 1,4%).

Otro de los factores de riesgo muy presente entre los adolescentes es el **consumo de sustancias** (licitas e ilícitas). En este sentido, la Encuesta de Salud Escolar reveló que la prevalencia actual de consumo de bebidas alcohólicas (definida como aquellos que bebieron al menos una bebida alcohólica un día o más en los últimos 30 días) fue del 56,8%. La desagregación por sexo muestra que los varones tienden (61,5%) a consumir más bebidas alcohólicas que las mujeres (53,2%).

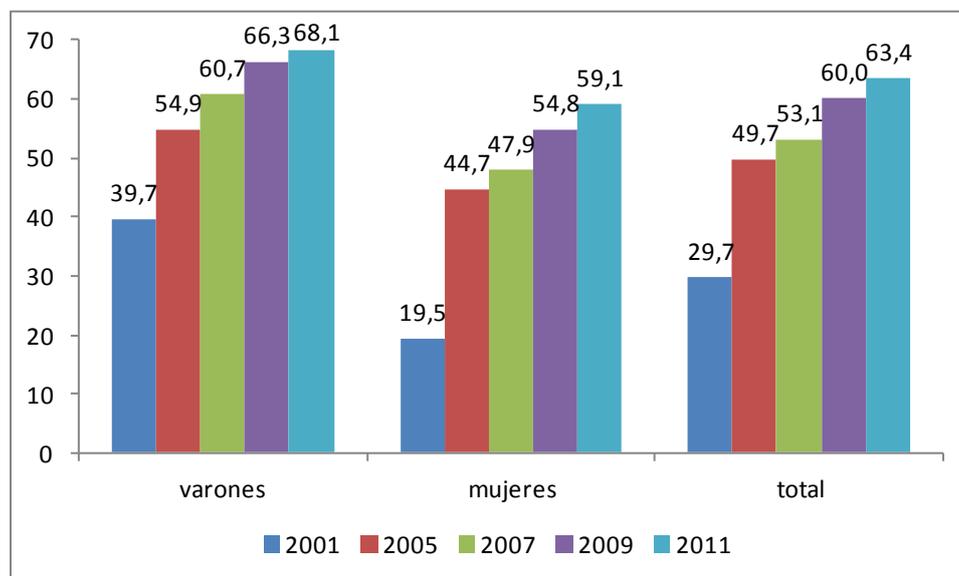
En la V Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media realizada en el 2011 por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) se observó que las sustancias de mayor consumo son el alcohol y el tabaco. El 73,2% de los estudiantes tomó alguna bebida alcohólica, el 41,0% fumó y el 16,7% probó drogas alguna vez en la vida; marihuana principalmente. (OAD, 2011).

Otro aspecto revelado a partir del estudio del OAD fue que los estudiantes consumen alcohol principalmente durante el fin de semana. El consumo se inicia alrededor de los 13 años y a medida que aumenta la edad se acrecienta. Aproximadamente 855.000 estudiantes del nivel medio habían consumido alguna bebida alcohólica en el último mes anterior a la encuesta, lo que representa el 49,3% de los estudiantes de todo el país. De éstos el 63,4% reconoce haber tomado cinco tragos o más en una misma

ocasión durante las últimas dos semanas, modalidad denominada consumo abusivo de alcohol. La bebida que más se consume es la cerveza (70,0%), seguida por bebidas fuertes o combinaciones de bebidas (63,6%), y por último el vino (46,0%). La mayor diferencia entre sexos se presenta en el vino siendo los varones quienes lo consumen en mayor proporción. En las bebidas fuertes o tragos, las diferencias por sexo son casi inexistentes, aunque las mujeres tienen un consumo levemente superior (OAD 2011).

El consumo abusivo de alcohol entre los jóvenes escolarizados es el principal problema de consumo. Entre quienes consumen alcohol, el consumo episódico excesivo se ha más que duplicado. En el año 2001 30% de los jóvenes que tomaban alcohol tomaba 5 tragos o más en una ocasión, y en el año 2011 este porcentaje llegó al 63,4% (figura 2.7). Aunque la prevalencia es superior entre los varones, el mayor crecimiento registrado en las mujeres ha disminuido las diferencias entre los sexos (OAD, 2011).

**Figura 2.7**  
**Evolución del consumo abusivo de alcohol en Estudiantes de Nivel Medio, según sexo. Años 2001, 2005, 2007, 2009 y 2011, Argentina**



Nota: en el año 2001 el consumo abusivo correspondía a 6 vasos o más durante los últimos 30 días y del 2005 en adelante la medida de consumo abusivo pasó a 5 tragos o más.

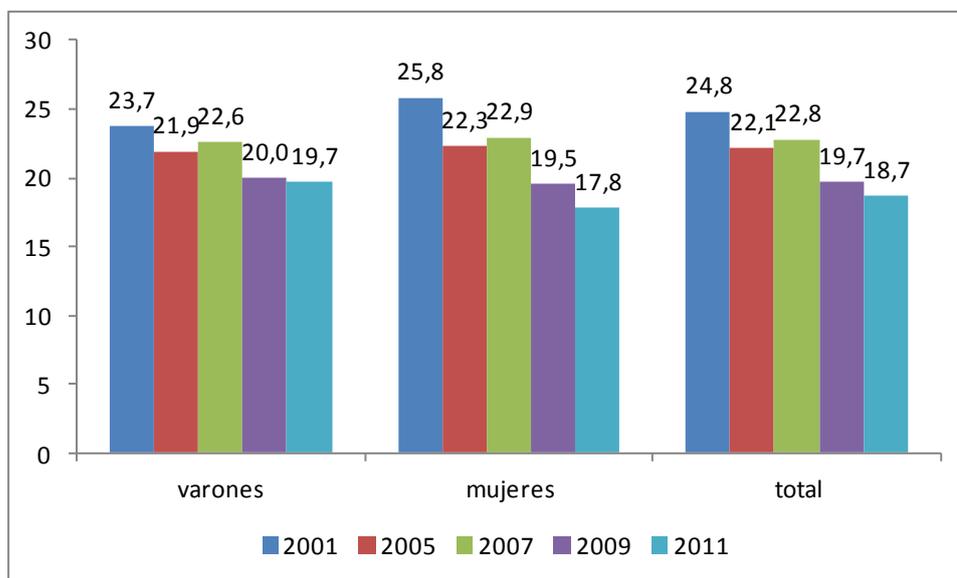
Fuente: extraído de la V Encuesta Nacional a estudiantes de enseñanza media sobre consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo y protección asociados. Observatorio Argentino de Drogas- SEDRONAR (2011).

Otra de las sustancias que merece ser analizada es el tabaco. El tabaquismo constituye la principal causa de muerte prevenible y un problema de salud pública de relevancia mundial. Actualmente en todo el mundo 5 millones de personas mueren cada año por causa del consumo de tabaco.

La mayoría de los fumadores comienza a consumir tabaco antes de la edad adulta. Según la Encuesta de Salud Escolar el 25,5% de los estudiantes fumó cigarrillos una o más veces durante los últimos 30 días y no se observan diferencias significativas por sexo, aunque sí un incremento sostenido de la prevalencia a medida que aumenta la edad de los encuestados. Asimismo, el hecho de que se fume en el hogar se asocia a un incremento significativo en la prevalencia de tabaquismo en los adolescentes.

La encuesta de SEDRONAR también muestra que el consumo de tabaco aumenta en relación a la edad y agrega que la edad de inicio, como en el caso del consumo de alcohol, se ubica en los 13 años. Según esta encuesta, el uso actual de tabaco ha descendido, tanto en mujeres como en varones (figura 2.8).

**Figura 2.8**  
**Evolución del consumo de tabaco en Estudiantes de nivel medio, según sexo.**  
**Años 2001, 2005, 2007, 2009 y 2011, Argentina.**



Nota: uso actual se infiere a partir de la prevalencia de mes, es decir los estudiantes que fumaron en el mes anterior a la encuesta.

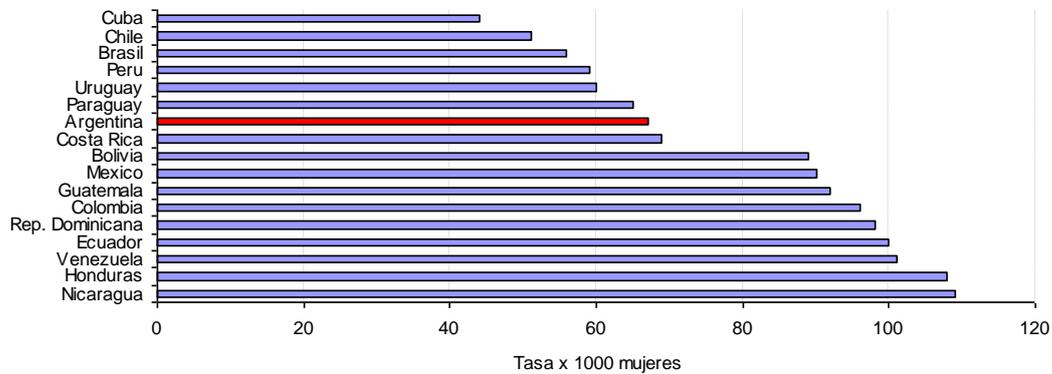
Fuente: extraído de la cuarta encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media sobre consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo y protección asociados. Observatorio Argentino de Drogas SEDRONAR (2011).

La **salud sexual y reproductiva** en los adolescentes representa un capítulo importante pues en esta etapa ocurre, en gran medida, la iniciación sexual. El relevamiento realizado por la ENNyS confirma que cerca de la mitad de las adolescentes mujeres de 15 a 19 años (44%) y 0,8% de las de 10 a 14 han iniciado sus relaciones sexuales. Por su parte, la Encuesta de Salud Escolar registró que el 33,6% de estudiantes se ha iniciado sexualmente y este porcentaje se incrementa según la edad. Un 10% de los estudiantes mantuvieron su primera relación antes de los 13 años, siendo más frecuente en varones (16,5%) que en mujeres (5%).

La **tasa de fecundidad** en mujeres de 15 a 19 años para el 2010 es de 67,4 x 1000 ubicándose por encima del promedio mundial (estimado en 51 x 1000) pero por debajo de la media para América Latina y el Caribe (75 x 1000). Entre los países de la región la fecundidad adolescente en la Argentina supera a la de Uruguay (60 x 1.000), Chile (51 x 1000) y Brasil (56 x 1000) y está por debajo de Bolivia (89 x 1.000) y Colombia (96 x 1.000) (figura 16); (UNICEF, Estado mundial de la Infancia 2011).

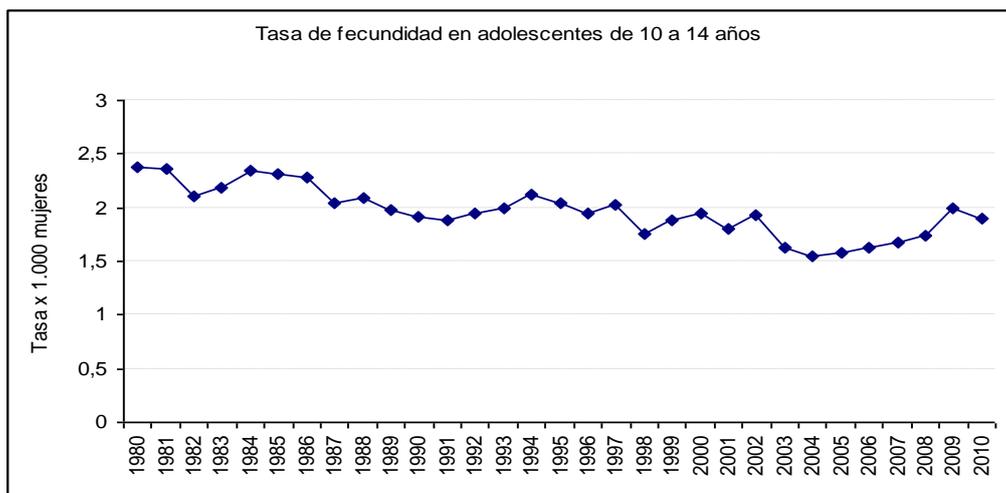
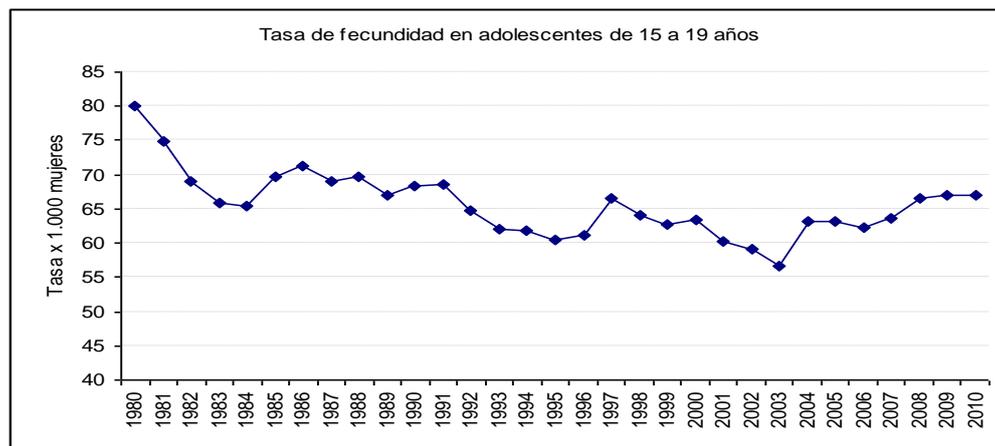
Desde la década del sesenta la fecundidad adolescente (15-19) tuvo un comportamiento ascendente que alcanzó su pico cerca de 1980 (80 x 1000) para luego descender con oscilaciones hasta el 2003 (56,7 x 1000). A partir de allí comenzó nuevamente a ascender registrando un aumento del 17% hasta el año 2010 (figura 10). La fecundidad adolescente precoz (10 a 14 años) mostró un comportamiento similar a la tardía (Figura 2.10).

**Figura 2.9**  
**Tasas de fecundidad adolescente tardía (15 a 19 años). Países seleccionados de América Latina. Año 2010.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de UNICEF 2011 y DEIS, 2009 para los datos de Argentina.

**Figura 2.10.**  
**Evolución de la tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años).**  
**Argentina. 1980-2010**



Fuente: elaboración propia en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2010

Cada año cerca de 3000 niñas menores de 15 años se convierten en madres, hecho que merece una preocupación especial no sólo por el riesgo de mayores complicaciones físicas que representa el embarazo a tan temprana edad, sino porque a menor edad de la mujer mayor es la probabilidad de que el embarazo sea producto de abuso sexual o explotación sexual.

La distribución de la **maternidad adolescente** en el país tiene una estrecha relación con el nivel de desarrollo: a mayor nivel de desarrollo, menor fecundidad. El mapa nacional presenta grandes brechas en este sentido: la Ciudad de Buenos Aires presenta la tasa (15-19) más baja (33,7 x 1000) mientras que las provincias del NEA tienen las tasas las más elevadas (99,5 x 1000 en Chaco; 85,4 x 1000 en Misiones; 82,7 x 1000 en Formosa y 79,2 x 1000 en Corrientes). Cabe señalar que Santa Cruz se incluye entre las provincias con mayor fecundidad adolescente con una tasa de 88,7 x 1000. La provincia de Buenos Aires tiene una tasa baja (62,9 x 1000) pero dada su densidad poblacional aporta el 33% de los nacimientos de madres adolescentes del país.

Sin embargo el nivel socioeconómico no lo es todo. Cuando se analiza la fecundidad adolescente por provincias agrupadas según valor alto, medio o bajo, se constata que las provincias del NEA registran siempre tasas elevadas, mientras que algunas provincias del NOA igualmente pobres como Salta y Tucumán tienen tasas notablemente más bajas que las del NEA, o que provincias patagónicas con niveles socioeconómicos superiores como Santa Cruz presentan niveles similares al NEA (tabla 2.2). Esto da cuenta de la fuerte influencia de factores culturales en la incidencia del embarazo adolescente que deben ser estudiados y comprendidos para la elaboración de políticas públicas.

La distribución de la **maternidad adolescente** en el país tiene una estrecha relación con el nivel de desarrollo: a mayor nivel de desarrollo, menor fecundidad. El mapa nacional presenta grandes brechas en este sentido: Ciudad de Buenos Aires y Tierra del Fuego tienen las tasas más bajas (33,8 x 1000 y 54,6 x 1000 respectivamente) mientras que las provincias del NOA y NEA las más elevadas (93,7 x 1000 en Misiones; 89,8 x 1000 en Chaco; Formosa 82,7 x 1000; Santiago 81,1 x 1000). Cabe señalar que Santa Cruz se incluye entre las provincias con mayor fecundidad con una tasa de 85,9 x 1000. La provincia de Buenos Aires tiene una tasa baja (62,3 x 1000) pero dada su densidad poblacional aporta el 33% de los nacimientos de madres adolescentes del país.

Sin embargo, el nivel socioeconómico no lo es todo. Cuando se analiza la fecundidad adolescente por provincias agrupadas según valor alto, medio o bajo, se constata que las provincias del NEA registran siempre tasas elevadas, mientras que provincias del NOA igualmente pobres como Salta y Tucumán tienen tasas notablemente más bajas que las del NOA, o que provincias patagónicas con niveles socioeconómicos superiores como Santa Cruz que presenta niveles similares al NEA (Tabla 2.2). Esto da cuenta de la fuerte influencia de factores culturales en la incidencia del embarazo adolescente que deben ser comprendidos para la elaboración de políticas públicas.

**Tabla 2.2.**  
**Jurisdicciones agrupadas según su tasa de fecundidad adolescente precoz (10-14)**  
**y tardía (15-19). Argentina. 2010**

<b>Tasa de fecundidad de 10 a 14 años (promedio nacional 1,9 x 1.000)</b>			
<b>Menor de 1</b>	<b>1 - 1,9</b>	<b>2 - 2,9</b>	<b>3 -5,7</b>
CABA	Buenos Aires	Río Negro	Corrientes
	Tierra del Fuego	Neuquén	Misiones
	Mendoza	Chubut	Formosa
	Córdoba	Catamarca	Chaco
	Tucumán	Entre Ríos	
	La Rioja	Santiago del Estero	
	San Luis	Santa Cruz	
	Jujuy	Santa Fe	
	Salta	La Pampa	
	San Juan		
<b>Tasa de fecundidad de 15 a 19 años (promedio nacional 67,0 x 1.000)</b>			
<b>Menor de 60</b>	<b>60,0 - 69,9</b>	<b>70,0 - 79,9</b>	<b>80,0 - 99,5</b>
CABA	La Rioja	San Luis	Formosa
Tierra del Fuego	Córdoba	San Juan	Santa Cruz
	Buenos Aires	Neuquén	Chaco
	Jujuy	Chubut	Misiones
	La Pampa	Salta	
	Catamarca	Río Negro	
	Santa Fe	Entre Ríos	
	Mendoza	Tucumán	
		Santiago del Estero	
		Corrientes	

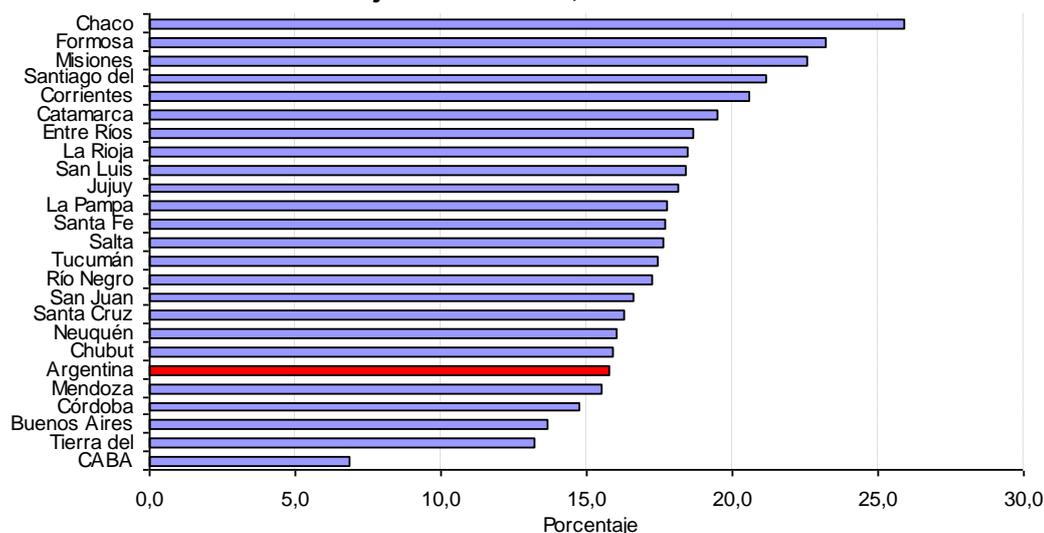
Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2010

Considerando los nacimientos por edad de la madre, de cada 100 nacidos vivos, 16 tienen madres adolescentes. Este porcentaje encuentra gran variación entre las provincias siendo del 26% en Chaco y del 7% en Ciudad de Buenos Aires (Figura 2.11).

La maternidad en la adolescencia es una experiencia que se repite para un número considerable de mujeres. Un 20% de los nacimientos que ocurren anualmente en adolescentes son de orden 2 o más, es decir de madres adolescentes que ya han tenido uno o más hijos. Esto evidencia un patrón de fecundidad de inicio muy temprano con cortos espacios intergenésicos. Cabe destacar que en comparación con datos del año 2001 se observa una disminución importante de la repitencia del embarazo en los distintos tramos de la adolescencia.

La maternidad en la adolescencia es más frecuente entre las jóvenes de sectores pobres y las que tienen menor nivel educativo. Según los datos del censo 2001, 80% de las adolescentes que no tienen hijos asiste a la escuela, mientras que entre las adolescentes madres esa proporción es de 25%. La proporción de madres entre las adolescentes con menor nivel educativo (primario completo o menos) al menos triplica a la que se observa en las adolescentes con secundaria incompleta y más, pese a que éstas últimas tienen en promedio mayor edad y por lo tanto mayor tiempo de exposición al riesgo de ser madres (Binstock y Pantelides, 2005).

**Figura 2.11**  
**Porcentaje de Nacidos Vivos de madres adolescentes (10-19 años). Argentina y jurisdicciones, 2010**



Fuente: elaboración propia en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2010

Asimismo las adolescentes madres se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad tanto en términos de cobertura de salud y calidad de la vivienda. Sólo el 27% de las madres adolescentes comparado con el 53% de las no madres tiene algún tipo de cobertura de salud, y la mitad de las adolescentes madres viven en viviendas precarias mientras que esta cifra es del 25% en la población general (Pantelides, 2007).

Existe evidencia que indica que la mayoría de los embarazos en la adolescencia no son deseados o buscados. Datos del Sistema Informático Perinatal<sup>9</sup> (SIP) para el año 2010 muestran que el 53% de las adolescentes que dieron a luz ese año no buscaron el embarazo, y para 23% de los casos el dato no se registró. No obstante 65,5% no utilizaba un método anticonceptivo. En la citada encuesta a púerperas de 15 a 19 años, cerca de dos tercios de las encuestadas no esperaban tener un hijo al momento que quedó embarazada a pesar de que no estaba utilizando un método anticonceptivo.

La ENNyS, que se aplicó a mujeres iniciadas sexualmente, muestra que prácticamente todas las adolescentes (10-19) conocen al menos un método anticonceptivo (MAC). No existen grandes variaciones en relación a la edad, nivel educativo o nivel socioeconómico, aunque los niveles más bajos de conocimiento se dan en las adolescentes menores de 15 años, las menos educadas y las más pobres. El método más frecuentemente mencionado es la píldora, seguida por el preservativo.

Si bien el conocimiento es alto, hay un 20% de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que son sexualmente activas y que no usan ningún método anticonceptivo y el motivo más frecuente de no uso tiene que ver con desear un embarazo.

Según esta encuesta, las adolescentes de 15 a 19 sexualmente iniciadas y que alguna vez utilizaron algún MAC, en promedio lo utilizaron por primera vez a los 16,2 años.

<sup>9</sup> En el año 2010 hubo un total de 756.176 nacidos vivos; de éstos 412.859 nacieron en el sistema público de salud, de los cuales 126.087 (30.5%) fueron ingresados al SIP y tomados como base del cálculo que se cita (Fuente: DEIS Anuario 2010).

66% reportó que la decisión de usar un método fue tomada en conjunto con su pareja y 4% ya tenía un hijo cuando utilizó un MAC por primera vez.

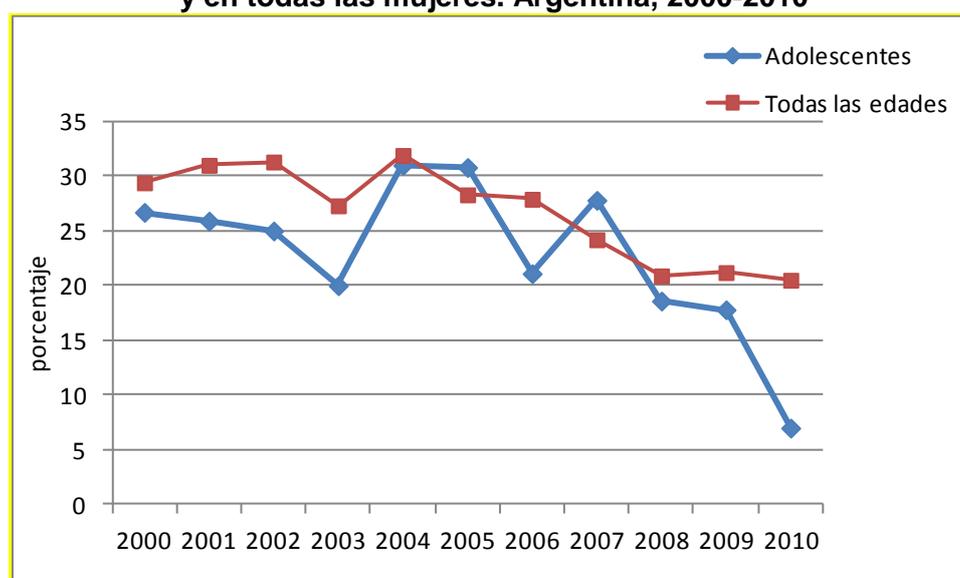
Dentro de la población de mujeres que utiliza algún MAC, las adolescentes de 15 a 19 años son las que más utilizan el preservativo (67%), método cuyo uso decrece a medida que aumenta la edad de la mujer (ENNyS).

Con respecto a las fuentes donde obtuvieron información sobre anticoncepción, las adolescentes de 15 a 19 señalan la escuela (41%) y el grupo de pares o familiares (31.5%), mientras que el sector salud es mencionado por cerca de un cuarto de ellas. Con respecto al lugar de obtención del MAC, el lugar más frecuentemente mencionado es la farmacia (46%) o kiosko (34%) mientras que las instituciones de salud son mencionadas como fuente de obtención por el 16%.

El único dato disponible que permite hacer una estimación de la magnitud del **aborto** en la Argentina son los egresos hospitalarios por diagnóstico de aborto. Sin embargo, esta información presenta algunas limitaciones ya que refleja únicamente el subsector público y no incluye las atenciones por guardia, que, considerando la creciente utilización del aborto con medicamentos y la resolución de las consultas de aborto incompleto por guardia en estos casos, implicaría un subregistro de la cantidad de mujeres que consultan el sistema de salud luego de un aborto. En este contexto, y de acuerdo a datos provistos por la DEIS para el año 2009, los egresos ginecobstétricos representan el 57,5% de los egresos hospitalarios en las mujeres adolescentes y dentro de ellos el aborto explica el 9% de estos egresos.

Año a año el peso de los abortos entre las muertes maternas viene descendiendo. En la década del 90 más del 30% de las muertes maternas eran por aborto y actualmente el porcentaje se acerca al 20%. Entre las adolescentes, al ser menor la cantidad de muertes maternas, el porcentaje de muertes por abortos muestra más oscilaciones (19% al 31%) que probablemente estén más influenciadas por las otras causas de muertes maternas ya que en números absolutos las muertes por abortos en la adolescencia en el último decenio se mantuvieron entre 7 y 10 defunciones anuales y descendió a 3 en 2010 (Figura 2.12).

**Figura 2.12**  
**Evolución del aborto como porcentaje de las muertes maternas en adolescentes y en todas las mujeres. Argentina, 2000-2010**



Fuente: Fuente: elaboración propia en base a Anuarios Estadísticos (2000-20010), DEIS.

Otro aspecto importante en la salud sexual del adolescente es la posibilidad de **infecciones de transmisión sexual**. Estas representan las causas más frecuente de enfermedad en todo el mundo, y pueden tener consecuencias sobre la salud a largo plazo. A nivel mundial, los mayores índices de ITS se encuentran en la población de entre 15 y 24 años.

Tanto en varones como en mujeres la mayor cantidad de diagnósticos de VIH<sup>10</sup> se realizan entre los 25 y 34 años. Desde el año 2001 en adelante, se registra una disminución de los diagnósticos en este grupo etáreo y un crecimiento porcentual escaso pero sostenido de los diagnósticos realizados en adolescentes y jóvenes.

En adolescentes de 15 a 19 años la infección por VIH ha aumentado desde el 2001 a la actualidad. Las mujeres han sido más afectadas que los varones ya que la tasa de diagnóstico en ellas supera a la tasa de varones durante todo el período, y el crecimiento registrado es mayor (Tabla 2.3)

**Tabla 2.3**  
**Evolución de la tasa de diagnóstico de VIH en adolescentes de 15 a 19 años desde al año 2001 al 2008 en Argentina**

Tasa de Diagnóstico	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
varones	3	2,5	3,5	4,1	3,3	4	4,2	3,8
Mujeres	5	5	7,3	7,7	7,5	6,7	6,9	8,1
Total	4	3,7	5,4	5,9	5,4	5,3	5,5	5,9

Fuente: Elaboración en base a datos suministrados por la Dirección Nacional de Sida y ETS.

La principal vía de transmisión en los adolescentes y jóvenes son las relaciones sexuales. En los varones las relaciones homosexuales como vía de transmisión han superado a las heterosexuales llegando a representar la vía de transmisión en el 55% de los varones infectados en el trienio 2007-2009. La vía inyectable cayó del 15% al 2%.

En el caso de las mujeres las relaciones heterosexuales son las responsables de la gran mayoría de las infecciones, incluso han aumentado del 86% al 91%. La vía inyectable también descendió entre las mujeres pasando del 7% al 2%.

La tasa de diagnóstico por VIH en el grupo de 10 a 14 es menor que en los adolescentes de mayor edad y se ha reducido a la mitad durante el período analizado. La mayor parte de los diagnósticos realizados en este grupo son producto de transmisión vertical.

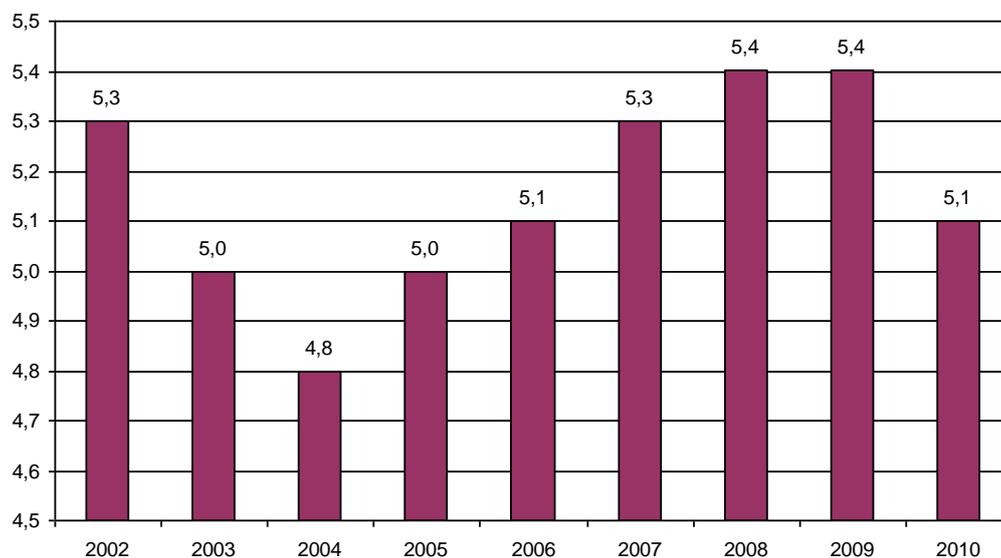
### ***Mortalidad en la población adolescente***

Evaluar la mortalidad es una forma indirecta de analizar las condiciones de salud de una población. Las defunciones que se registran en la adolescencia representan una pequeña porción de todas las que ocurren en el país anualmente, y esto es esperable por la edad de la población que se analiza. De total de defunciones que se registraron en el país para el año 2010, el 40% corresponda a personas mayores de 80 años y apenas el 1% a adolescentes (DEIS, 2012). La tasa de mortalidad de adolescentes indica que la probabilidad de morir es baja, en relación a otros grupos de edad: el riesgo de muerte para los y las adolescentes es de 5 cada 10.000 habitantes de esa edad.

<sup>10</sup>Hasta el año 2001 sólo se notificaban en el país los casos de SIDA, a partir de ese año se implementó la notificación de los diagnósticos de infección por VIH.

Desde el año 2002 al 2004 las defunciones en la adolescencia disminuyeron un 10% y desde ese año al 2009 crecieron en un 13%. Estas pequeñas modificaciones en el total de defunciones, determinan que la tasa de mortalidad se halla mantenido relativamente estable y con poca variación en los últimos años (Figura 2.13).

**Figura 2.13**  
**Evolución de la tasa de mortalidad en adolescentes. Argentina, 2002 a 2010**



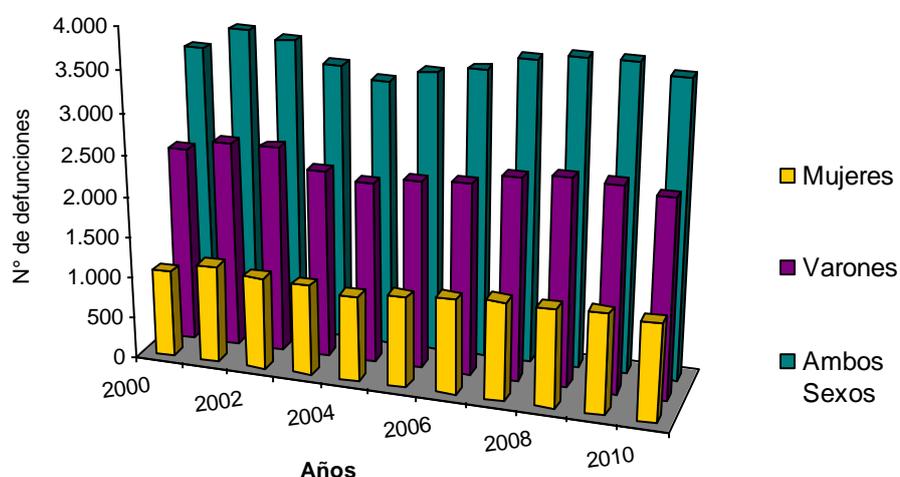
Fuente: elaboración propia en base a Anuarios Estadísticos (2002-2010), DEIS.

La evolución no ha variado por sexos, ya que ambos acompañaron la tendencia general. Sí es evidente que el mayor porcentaje de muertes en la adolescencia afecta a varones, quienes acumulan alrededor del 70% de las defunciones cada año (Figura 2.14).

Más de la mitad de las defunciones de esta población son por causas violentas: un 29% son secundarias a accidentes, un 12% a suicidios, un 7% a homicidios y 9% a eventos de intención no determinada. Los tumores representan otra causa importante (10%) en la mortalidad de adolescentes, seguida por las enfermedades respiratorias (6%) y las enfermedades del SNC (7%).

Si se analiza la mortalidad en la adolescencia según sexo es posible observar algunas diferencias. Por un lado, el riesgo de morir durante esta etapa es dos veces mayor para los varones que para las mujeres (tasa de mortalidad en varones 69,3 x 100.000; tasa de mortalidad en mujeres 35,0 x 100.000). Por otro lado, si bien son las mismas causas las que llevan a la muerte a varones y mujeres, es diferente el orden en el que aparecen según sexo. Por último cabe destacar que todas las causas son más frecuentes en los varones, lo que imprime en ellos un riesgo más elevado de morir por cualquier causa

**Figura 2.14**  
**Evolución del total de defunciones en adolescentes, por sexos.**  
**Argentina, 2002 a 2010**



Fuente: elaboración propia en base a Anuarios Estadísticos (2002-2010), DEIS.

Es así que el suicidio es la segunda causa de muerte en los varones y en las mujeres es la tercera; del mismo modo que los homicidios aparecen entre las principales causas de muerte entre varones, mientras que no figuran entre las primeras cinco en mujeres (Tabla 2.4). Por último cabe destacar que todas las causas son más frecuentes en los varones, lo que imprime en ellos un riesgo más elevado de morir por cualquier causa que en las mujeres

**Tabla 2.4**  
**Defunciones en la adolescencia. Mortalidad proporcional y tasas de mortalidad específica por causa. Ambos sexos, varones y mujeres, Argentina, 2010**

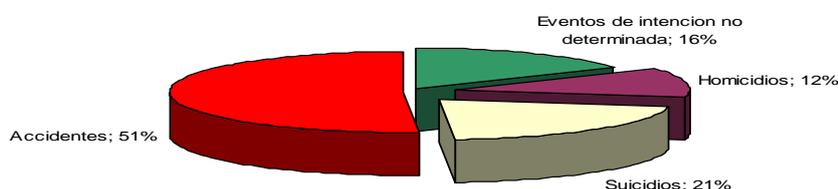
Causa de defunción	Adolescentes ambos sexos			Adolescentes varones			Adolescentes mujeres		
	Nº de defunciones	Mort Proporcional	Tasa x 100.000	Nº de defunciones	Mort Proporcional	Tasa x 100.000	Nº de defunciones	Mort Proporcional	Tasa x 100.000
Total	3733	100.0	54.3	2499	100.0	71.6	1215	100.0	35.9
Accidentes	1044	28.0	15.2	768	30.7	22.0	274	22.6	8.1
Suicidios	432	11.6	6.3	305	12.2	8.7	127	10.5	3.8
Tumores	369	9.9	5.4	222	8.9	6.4	147	12.1	4.3
Eventos de intención no determinada	352	9.4	5.1	291	11.6	8.3	60	4.9	1.8
Homicidios	276	7.4	4.0	239	9.6	6.9	37	3.0	1.1
Enf. Respiratorias	249	6.7	3.6	125	5.0	3.6	123	10.1	3.6
Resto de causas definidas	220	5.9	3.2	105	4.2	3.0	109	9.0	3.2
Enf. Del SNC	209	5.6	3.0	119	4.8	3.4	90	7.4	2.7
Enf. Cardiovasculares	184	4.9	2.7	104	4.2	3.0	75	6.2	2.2
Mal definidas	163	4.4	2.4	105	4.2	3.0	55	4.5	1.6
Enf. Infecciosas	110	2.9	1.6	62	2.5	1.8	47	3.9	1.4
Malformaciones congénitas	81	2.2	1.2	52	2.1	1.5	29	2.4	0.9
Embarazo, parto y puerperio	37	1.0	0.5		0.0	0.0	37	3.0	1.1
Trastornos mentales	7	0.2	0.1	2	0.1	0.1	5	0.4	0.1

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2010.

Las **muerres violentas** a veces denominadas lesiones o causas externas, pueden clasificarse según la intención en lesiones no intencionales o accidentes, suicidios, homicidios, eventos en los que no se determina la intención, intervención legal y otras. En la población total, un 6% de las defunciones que se registran son por causas externas mientras que, como ya fue dicho, son responsables de más de la mitad de las muertes de adolescentes, lo que hace evidente que merezcan una atención especial en este grupo etáreo.

Asimismo, la mayor parte de estas defunciones son secundarias a accidentes, luego a suicidios y homicidios (Figura 2.15) tanto en la adolescencia como en la población en general.

**Figura 2.15**  
**Distribución porcentual de las defunciones por causas externas en adolescentes. Argentina, 2010**



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2010.

La Tabla 2.5, por su parte, permite afirmar que la mortalidad por causas violentas en la adolescencia varía según la edad y el género que se analice. Es clara la relación ascendente entre la mortalidad por causas externas y la edad, ya que para el grupo de 15 a 19 años, tanto en mujeres como en varones, es cinco veces superior a del grupo de 10 a 14 años. Algo similar sucede con las tasas por causas específicas, todas son más elevadas en los adolescentes de 15 a 19 años. Asimismo, entre adolescentes de 10 a 14 años no se observan diferencias en la mortalidad por causas externas entre los géneros. Mientras que para el grupo de 15 y 19 años los varones duplican a las mujeres en la mortalidad por causas externas, y la diferencia más grande se da en los homicidios, donde los varones superan en cuatro veces más a las mujeres.

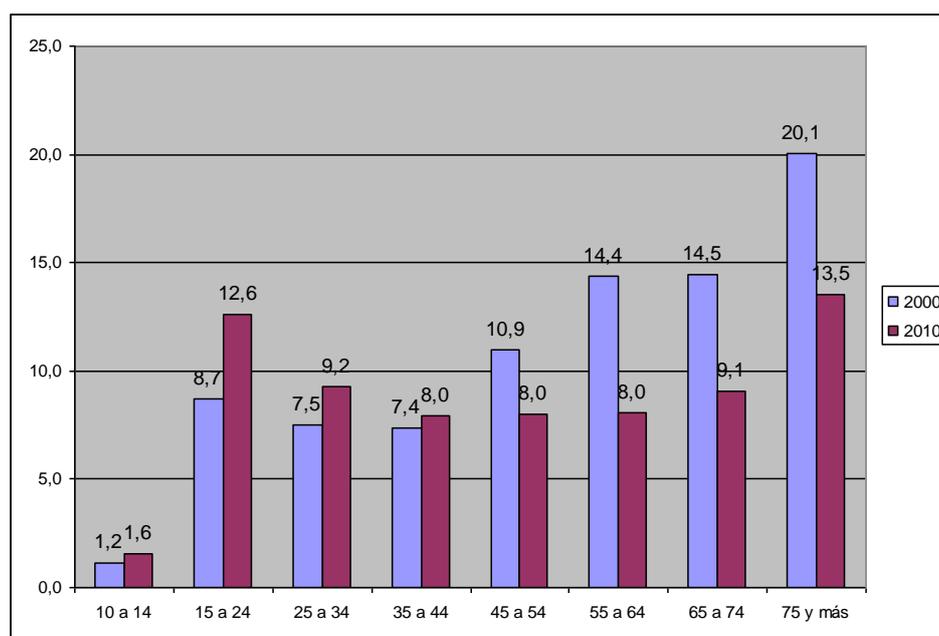
Durante los últimos veinte años la tasa de mortalidad por suicidio global del país se mantuvo estable, no obstante se manifiesta una transformación en el perfil etáreo que identifica a los y las adolescentes como población con mayor riesgo (Figura 2.16). En este periodo los grupos de más edad (mayores de 55 años) registraron una reducción muy significativa en sus tasas mientras que los grupos de edad más jóvenes (15 a 24; 25 a 34) experimentaron un crecimiento considerable.

**Tabla 2.5**  
**Defunciones por causas violentas en adolescentes y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes, según grupos de edad y género. Argentina, año 2010**

Sexo	Causa de defunción	10 a 14 años		15 a 19 años	
		Defunciones	Tasa de mortalidad	Defunciones	Tasa de mortalidad
Varones	Defunciones por accidentes	180	10,4	604	34,5
	Defunciones por suicidios	32	1,8	277	15,8
	Defunciones por homicidios	14	0,8	201	11,5
	Defunciones por eventos de intención no determinada	40	2,3	222	12,7
	Total de defunciones por causas violentas	271	15,6	1305	74,5
Mujeres	Defunciones por accidentes	103	6,1	156	9,2
	Defunciones por suicidios	20	1,2	85	5,0
	Defunciones por homicidios	10	0,6	21	1,2
	Defunciones por eventos de intención no determinada	14	0,8	39	2,3
	Total de defunciones por causas violentas	148	8,8	304	17,9

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2010.

**Figura 2.16**  
**Tasas de mortalidad por suicidio según edad. Argentina. Años 2000-2010**

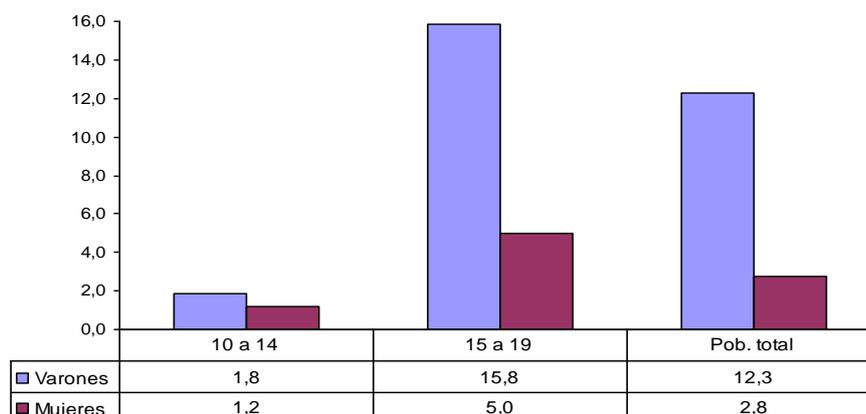


Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, anuarios estadísticos 2000 y 2010.

Respecto de la población adolescente, aquellos entre 15 a 19 años registran una mortalidad más elevada, incluso superior a la registrada por la población total. Además, al desagregar el análisis por sexo se observa que la tasa en varones triplica la de mujeres de esa franja etárea. Para los adolescentes de 10 a 14 años la mortalidad en varones también es mayor que en mujeres, pero la diferencia es poco significativa (Figura 2.17).

**Figura 2.17**

**Tasas de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexos y grupos de edad. Argentina, año 2010**



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, anuarios estadísticos 2010.

Un análisis retrospectivo desde los primeros años de la década del 90 a la actualidad, muestra que la mortalidad por suicidios en adolescentes creció más del 100%. Cabe destacar, que el aumento en suicidios durante la adolescencia se registra en todas las provincias del país. La única excepción es la provincia de La Pampa, que puede explicarse por su elevada tasa al inicio del período (Tabla 2.6).

Los aumentos más marcados entre el trienio 1990-1992 y el 2005-2007 se registran en las provincias de Tierra del Fuego, Salta, San Juan, Córdoba y Tucumán. Asimismo, Jujuy, Chubut y Santa Cruz ya registraban tasas elevadas al inicio del periodo analizado.

Un estudio realizado a partir de entrevistas a niños y adolescentes hospitalizados por intentos de suicidio describe que el 100% de esta población presentaron antecedentes y uno de los más comunes fue la presencia de un intento de suicidio anterior, situación que aumenta su gravedad al observar en la mayor parte de ellos la ausencia de tratamiento psicológico o psiquiátrico (Bella 2010).

**Tabla 2.5**

**Defunciones y tasas trienales de mortalidad en adolescentes (cada 100.000 habitantes) por suicidios según jurisdicción de residencia. Argentina, 1990/2010**

Jurisdicción de residencia	1990-1992		1993-1995		1996-1998		1999-2001	
	Defunciones	Tasa (*)						
<b>REPÚBLICA ARGENTINA</b>	<b>467</b>	<b>2,5</b>	<b>590</b>	<b>3,0</b>	<b>676</b>	<b>3,4</b>	<b>904</b>	<b>4,5</b>
Ciud. Aut. de Buenos Aires	31	2,5	26	2,1	25	2,1	37	3,2
Buenos Aires	156	2,2	199	2,7	174	2,4	242	3,3
Catamarca	4	2,3	6	3,2	6	3,1	17	8,6
Córdoba	13	0,8	27	1,7	48	2,9	67	4,1
Corrientes	27	5,2	27	4,9	29	5,1	19	3,3
Chaco	14	2,5	22	3,7	35	5,6	52	8,2
Chubut	11	4,9	17	7,1	16	6,5	34	13,6
Entre Ríos	16	2,6	23	3,6	28	4,3	31	4,7
Formosa	11	4,1	13	4,4	19	6,2	22	6,9
Jujuy	27	7,4	23	6,0	27	7,0	29	7,5
La Pampa	10	6,8	12	7,6	11	6,7	11	6,6
La Rioja	4	2,8	5	3,2	5	3,0	7	4,1
Mendoza	23	2,7	33	3,7	42	4,7	40	4,5
Misiones	11	2,1	16	2,8	18	3,0	24	3,8
Neuquén	10	4,0	10	3,7	17	6,0	22	7,4
Río Negro	12	3,8	14	4,2	19	5,6	27	7,9
Salta	22	3,7	28	4,4	31	4,7	52	7,7
San Juan	1	0,3	3	0,8	5	1,4	15	4,2
San Luis	0	0,0	2	1,1	11	5,6	13	6,4
Santa Cruz	6	6,5	5	4,9	8	7,4	11	9,7
Santa Fe	34	2,2	46	2,8	70	4,3	82	5,0
Santiago del Estero	9	1,9	8	1,6	16	3,2	10	2,0
Tucumán	14	1,9	12	1,5	10	1,3	27	3,5
Tierra del Fuego	0	0,0	1	2,3	1	1,9	3	5,1
Lugar no especificado	1	-	12	-	5	-	10	-

(\*) Las tasas se presentan en *cursiva*, cuando el numerador es igual a o menor de 16.

**Tabla 2.16 (continuación)**

Jurisdicción de residencia	2002-2004		2005-2007		2008-2010	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
<b>REPÚBLICA ARGENTINA</b>	<b>1.227</b>	<b>6,1</b>	<b>1.332</b>	<b>6,5</b>	<b>1.265</b>	<b>6,1</b>
Ciud. Aut. de Buenos Aires	48	4,3	28	2,6	16	1,5
Buenos Aires	422	5,8	424	5,8	304	4,1
Catamarca	16	7,6	19	8,5	30	12,8
Córdoba	78	4,8	80	4,9	73	4,4
Corrientes	41	6,8	38	6,1	41	6,6
Chaco	49	7,4	49	7,2	51	7,4
Chubut	27	10,5	30	11,6	27	10,6
Entre Ríos	24	3,6	48	7,2	40	6,0
Formosa	27	7,9	35	9,6	34	9,2
Jujuy	49	12,2	64	15,4	81	19,2
La Pampa	14	8,1	8	4,6	14	8,1
La Rioja	12	6,5	8	3,9	15	7,1
Mendoza	43	4,7	58	6,3	68	7,5
Misiones	24	3,6	31	4,5	35	5,0
Neuquén	29	9,4	33	10,5	31	9,9
Río Negro	21	6,0	20	5,8	19	5,8
Salta	96	13,5	112	14,9	111	14,2
San Juan	18	4,9	19	5,0	21	5,4
San Luis	17	7,8	8	3,4	13	5,3
Santa Cruz	14	11,6	17	13,3	14	10,8
Santa Fe	95	5,8	88	5,4	91	5,7
Santiago del Estero	12	2,3	18	3,2	36	6,3
Tucumán	42	5,3	76	9,2	91	10,7
Tierra del Fuego	5	7,5	10	13,7	4	5,3
Lugar no especificado	4	-	5	-	5	-

(\*) Las tasas se presentan en *cursiva*, cuando el numerador es igual a o menor de 16.

Fuente: DEIS, Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2010.

**Algunas reflexiones**

Esta breve caracterización general del estado de la población adolescente en el país permite realizar un primer acercamiento a sus condiciones de salud y principales problemáticas. Asimismo sirve tanto para contextualizar el presente estudio, como para apoyar la necesidad de llevarlo a cabo. En este sentido, el diagnóstico da cuenta de la presencia de necesidades específicas propias de la población adolescente que requieren mayor estudio para comprender sus causas, identificar alternativas, y brindar así evidencia que permita el diseño de respuestas en términos de política pública.

Para comenzar se observa que el diseño de cualquier política orientada a esta población deberá prestar especial atención a las provincias del centro del país (Bs. AS., Córdoba, Santa Fe y CABA) en tanto reúnen a la mitad de los adolescentes que viven en la Argentina. Sin embargo, en términos relativos son las provincias de NOA y NEA (Salta, Misiones, Chaco, Santiago del Estero y Formosa) las que cuentan con poblaciones más jóvenes, en tanto representan más del 20% de la población de cada provincia. Por eso también se debe acompañar especialmente a estos gobiernos locales en el desarrollo de intervenciones adecuadas que fortalezcan el abordaje de niños, adolescentes y jóvenes.

Asimismo, la situación social de adolescentes varía entre las jurisdicciones, siendo las provincias del norte argentino, como Chaco, Corrientes, Santiago del Estero, en donde esta población se encuentra expuesta a una mayor vulnerabilidad.

Otro dato a destacar es que gran parte de la población adolescente del país cuenta únicamente con la estructura pública para brindar respuesta a sus necesidades de salud, en tanto solo el 44,5% de esta población tiene cobertura formal de salud.

Al abordar los aspectos que involucran directamente la situación de salud/enfermedad se observa que:

- (i) En relación a la situación nutricional el principal problema presentado por esta franja etárea es el sobrepeso, situación que se presenta con mayor frecuencia en los varones.
- (ii) El nivel de actividad física es bajo entre adolescentes: apenas el 12,4% realiza actividad física de una hora diaria.
- (iii) En cuanto a la percepción de la imagen corporal, las adolescentes mujeres se ven más gordas de lo que son según las tablas de peso estandarizadas y los varones se ven más delgados según dichas tablas.
- (iv) Entre las sustancias consumidas por los jóvenes, el alcohol es la de mayor consumo. Además es la que presenta la edad de inicio más baja y la que se encuentra fuertemente asociada al consumo de otras drogas ilícitas.
- (v) El consumo de alcohol en forma episódica y excesiva está creciendo en forma sostenida y ubica a esta modalidad como la principal problemática de consumo entre los jóvenes.
- (vi) La iniciación sexual ocurre en gran medida durante la adolescencia. Una alta proporción de adolescentes en sus relaciones sexuales no utiliza preservativo (57%).
- (vii) La fecundidad en las adolescentes está creciendo en la última década. Asimismo la maternidad en la adolescencia es más frecuente entre las jóvenes de sectores pobres y las que tienen menor nivel educativo.
- (viii) Con respecto a la salud mental, una alta proporción de jóvenes manifestó sentirse solo, que están preocupados, que se sienten tristes o desesperados y

que consideraron seriamente la posibilidad de suicidarse o que incluso idearon un plan de cómo llevarlo a cabo.

- (ix) Aunque los síntomas depresivos que se asocian al suicidio fueron más frecuentes en mujeres que en varones, los suicidios consumados en el mismo año de la encuesta fueron más numerosos en varones. Se registraron 441 defunciones por suicidios en población de 10 a 19 años, de los cuales 319 fueron en varones y 122 en mujeres.
- (x) A partir del análisis de la mortalidad se puede concluir que los accidentes junto a los suicidios y homicidios integran el grupo de causas violentas las cuales son responsables de la mitad de las muertes de adolescentes.
- (xi) Se observa una clara relación ascendente entre la mortalidad por estas causas y la edad ya que la tasa de mortalidad por causas violentas en adolescentes de 15 a 19 años, es cinco veces superior a la de adolescentes de 10 a 14 años.
- (xii) Las principales causas de mortalidad repercuten en mayor magnitud en los adolescentes del sexo masculino.
- (xiii) Desde los primeros años de la década del 90 a la actualidad la mortalidad por suicidios en adolescentes creció más del 100% y actualmente, el suicidio es la segunda causa de muerte en los varones y la tercera en las mujeres.

# Capítulo 3

## Evolución del marco conceptual y normativo internacional, nacional y provincial para el abordaje de la salud de adolescentes

*Sofía Olaviaga*

### 3.1- Introducción

Los y las adolescentes constituyen aproximadamente un quinto de la población mundial pero reciben menos atención e inversión de lo que representan para el desarrollo de las sociedades. Un claro ejemplo de ello es la ausencia de metas en los Objetivos del Milenio (ODM) -la iniciativa global más relevante del último decenio- donde se reconozcan necesidades especiales de este grupo etáreo.

Las necesidades y derechos de la población adolescente no han constituido prioridades en las agendas del sector salud, excepto cuando presentan un comportamiento que la sociedad califica de problemático. Un factor que contribuye a esto es que, si se comparan con los niños y los adultos mayores, la población adolescente enfrenta menores condiciones que amenacen su vida. En este sentido, la atención de la salud de los niños y las niñas menores de 5 años –la época de mayor riesgo de mortalidad – ha sido, durante varias décadas, el eje central de las iniciativas internacionales sobre protección de la infancia.

Sin embargo, muchos de los hábitos perjudiciales para la salud que provocan morbilidad o mortalidad en la edad adulta se adquieren durante la adolescencia (OPS, 1998). Además, se identificó, con el tiempo, que la insuficiente atención y los escasos recursos que se destinaban a las y los adolescentes amenazaban con invalidar parcialmente, en la segunda década de vida, los logros alcanzados en la primera. Pruebas empíricas procedentes de todo el mundo indican cuán insegura puede ser esta década (UNICEF, 2011).

Actualmente se reconoce que la adolescencia es una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, y que requiere atención y protección especial. Pero esto no fue así durante la mayor parte del siglo XX. La amplia aceptación de la importancia de la adolescencia es relativamente reciente. Solo en las últimas décadas cobró relevancia en la agenda de los organismos internacionales, ámbitos académicos y organizaciones de la sociedad civil un nuevo abordaje de la adolescencia, que replantea la concepción acerca de las problemáticas que afectan a esta población y, sobre todo, respecto de las políticas que deben diseñarse para darles respuestas y soluciones.

En este contexto, el presente apartado recoge los cambios de paradigma y de los abordajes promovidos por la comunidad internacional, y su adaptación, con diversos matices, al marco normativo nacional y provincial.

### 3.2- La comunidad internacional y la salud de los y las adolescentes

A lo largo de las últimas dos décadas, la comunidad internacional ha dedicado gran atención a la población adolescente. En esta dirección se identifican esfuerzos incrementales para brindarle más visibilidad y atender sus necesidades. El proceso histórico que involucra tal reconocimiento, está íntimamente ligado al reconocimiento de los derechos de la población infantil.

En este sentido, la historia reciente comienza después de la Segunda Guerra Mundial, cuando el movimiento a favor de los derechos de la niñez, que estaba en auge, se concentró en obtener un reconocimiento especial de los niños, las niñas y adolescentes por parte de la recientemente creada Organización de las Naciones Unidas (ONU). Esto se logró en 1959, con la aprobación de la Declaración de los Derechos del Niño, un paso trascendental para adoptar disposiciones jurídicas destinadas a salvaguardar el bienestar de la infancia, en lugar de suponer que esto se podía conseguir por medio de los principales instrumentos de derechos humanos (UNICEF, 2011).

Dos décadas más tarde, las Naciones Unidas declararon que 1979 era el Año Internacional del Niño y, en 1985, se celebró el primer Año Internacional de la Juventud. Estas iniciativas elevaron el perfil de los esfuerzos mundiales para promover y proteger los intereses de los niños y la gente joven. Al mismo tiempo, los defensores de la infancia estaban preparando un amplio tratado sobre los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes. El 20 de noviembre de 1989, luego de una década dedicada a su elaboración, la Asamblea General de las Naciones Unidas finalmente adoptó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Gracias a la amplitud e integridad de la Convención se convirtió en el tratado de derechos humanos con mayor respaldo en la historia (UNICEF, 2011).

Este tratado inaugura un nuevo paradigma de infancia y adolescencia, a partir del reconocimiento de la posición de las niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos y, en tanto proporciona una base ética para facilitar su participación en todos los aspectos de sus vidas. Mientras se reconoce a esta población como *“sujetos plenos de derechos, merecedores de respeto, dignidad y libertad”*, se abandona la concepción del niño como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el Estado y la sociedad.

Para la comunidad mundial, la entrada en vigor de este nuevo marco normativo implicaba, en muchos casos, la redefinición e implementación de las intervenciones necesarias para salvaguardar los derechos de niñas, niños y adolescentes en las esferas de la educación, la salud, la participación y la protección.

Específicamente, los derechos y obligaciones relativos a la promoción y protección de la salud de los adolescentes se explicitan con fuerza en el artículo 24, que afirma *“el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”*, e inclusive hace mención a la educación y servicios en materia de planificación de la familia. Estos luego fueron reforzados por subsiguientes convenciones, conferencias y declaraciones internacionales<sup>11</sup>.

En este contexto, la OMS y la OPS a nivel regional, con el apoyo de UNICEF y FUNAP, fueron quienes estuvieron a cargo de desarrollar el marco conceptual que mejor operacionalizará el abordaje de las necesidades especiales de salud de la población adolescente, en línea con el nuevo paradigma que inauguró la Convención.

---

<sup>11</sup> Por ejemplo la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994); la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de (1995), la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2005), entre otras.

De esta manera, en 1992, la OPS aprobó el Plan de Acción sobre la Salud del Adolescente en las Américas, mediante el cual se instó a los gobiernos de la Región a establecer políticas y planes nacionales para promover la salud integral del adolescente (resolución CD36.R18). Durante el periodo 1992-1997, la recientemente creada Unidad de Desarrollo y Salud del Adolescente estuvo a cargo de ejecutar el Plan de Acción, que movilizó recursos nacionales e internacionales con el objetivo de mejorar la capacidad científica, técnica y administrativa de los gobiernos para iniciar y fortalecer programas de salud integral del adolescente. Sin embargo, una evaluación externa realizada en 1996 mostró que, pese a los avances, aún faltaba mucho camino por recorrer y se necesitaba un mayor compromiso de los países.

En consecuencia, en 1997 se aprueba un nuevo Plan de Acción sobre Salud y Desarrollo del Adolescente en las Américas (resolución CD40.R16) que insta a los países a promover la inclusión del tema en la agenda política y pública, con miras a mejorar su capacidad para satisfacer las necesidades de los adolescentes mediante la formulación de políticas apropiadas y el fomento de la colaboración intersectorial entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, universidades y medios de comunicación, con amplia participación juvenil y una perspectiva de género. A partir de este renovado Plan, es que la OPS define un nuevo marco conceptual para abordar la salud de adolescentes y jóvenes, con una visión holística basada en sus necesidades y en el desarrollo humano (Maddaleno, M.; Morello, P.; Infante-Espinola, F., 2003). Se considera que la forma más efectiva de hacer inversiones en adolescencia es pensar y actuar de forma integral y desde un enfoque preventivo y de desarrollo (Burt, 1998).

Esta perspectiva de adolescencia y desarrollo tiene importantes implicaciones en la manera de orientar el trabajo. Primero, involucra coordinación entre los diferentes sistemas y sectores para satisfacer las necesidades del desarrollo de una manera holística (*intersectorialidad*). Aún en los casos en que la salud es el foco principal del programa, es necesario reconocer y enfatizar otros aspectos, como la necesidad de ingreso económico, manejo de los problemas y conflictos familiares, educación, etc. Segundo, implica orientar las actividades al individuo, pero también a la familia, las comunidades y sociedades. Tercero, las actividades están orientadas a disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores y la resiliencia (OPS, 1998).

El gran desafío, aun vigente, es que los países de la región adopten este marco para implantar programas integrales, recolectar información desagregada, mejorar el acceso a los servicios, el ambiente donde viven adolescentes y jóvenes, el vínculo entre escuelas, familias y comunidades, así como apoyar la transición a la edad adulta, con una amplia participación juvenil y coordinación interinstitucional e intersectorial.

### **3.3- Evolución de los paradigmas y políticas destinadas a la salud de adolescentes**

La visibilización de la población adolescente, sus necesidades y problemáticas cobró vigor en las últimas décadas. Este proceso impulsó la confrontación de diversos enfoques y modelos de atención de los adolescentes que tuvieron lugar durante el siglo XX. Se cuestionaron las modalidades de intervención tradicionales y surgieron nuevas en respuesta. Sin embargo, aun existen desafíos significativos en lo que respecta a su traducción en políticas concretas y en la adecuación de los servicios.

Para analizar los diversos enfoques, y su impacto en las políticas y la atención de los adolescentes, Dina Krauskopf desarrolla una interesante tipología. Esta distingue tres tipos de políticas de acuerdo con los paradigmas que las sostienen (Krauskopf, 2010):

- 1) *tradicionales*, que enfocan el período juvenil como una transición hacia la adultez, meta de su preparación;

- 2) *reduccionistas*, donde aparece el sujeto juvenil como portador de problemas que amenazan el orden social o como objeto de asistencia por el déficit en su desarrollo;
- 3) *avanzadas*, que se orientan al empoderamiento de los jóvenes como ciudadanos y actores estratégicos del desarrollo.

El primero tipo de políticas son las propias del **paradigma tradicional**, que define a la adolescencia como un período de transición entre la niñez y la adultez. Esta perspectiva conlleva a no visualizar a las personas jóvenes como sujeto social activo en su presente. De esta manera cobran centralidad las políticas de preparación basadas en la educación (Krauskopf, 2010).

Asimismo, este modelo consideraba que los adolescentes eran predominantemente sanos, y se enfermaban menos en comparación con las niñas, los niños y adultos. Dentro de este marco conceptual, los servicios solo se diferencian entre los que atienden a la población adulta y la infantil, y los adolescentes debían adecuarse, según edad o apariencia, en uno u otro grupo.

Ante la ausencia de la visibilización del sujeto juvenil en su tránsito hacia la adultez, las y los adolescentes solo emergen como tales cuando perturban el orden social (Krauskopf, 2010). En esta dirección, la adolescencia asociada a una etapa problemática es el segundo paradigma analizado, y se enfoca desde **políticas reduccionistas**, que son sectoriales y compensatorias. Estas se centran con demasiada frecuencia en conductas problemáticas específicas (embarazo adolescente, drogas, deserción escolar, delincuencia, etc.), e intervienen cuando los comportamientos ya están arraigados. Se desarrollan programas que prestan "atención terciaria", dirigidas a reparar el daño (OPS, 1998). Estos suelen ser verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento.

Asimismo, se identifica que una gran proporción de las muertes durante la adolescencia se producen por causas externas (accidentes, suicidios y violencias) y, por lo tanto, son prevenibles. Se modifica, así, el paradigma que establecía la equivalencia «adolescencia = edad más sana» por el paradigma «adolescencia = etapa de riesgo (Krauskopf, 2010). Para este enfoque la propia conducta del adolescente es considerada un factor de riesgo, por ello las intervenciones sugeridas ponen el foco en el individuo, descuidando el contexto. En definitiva, los programas son orientados a los comportamientos de riesgo y trasgresión, a su asistencia y prevención.

El tercer grupo de políticas orientadas a los adolescentes son las denominadas **de avanzada**, que se desarrollan sobre la base de dos enfoques complementarios: el de ciudadanía integral, y el que visualiza al adolescente como actor estratégico del desarrollo.

En este sentido, las personas jóvenes dejan de ser definidas por sus incompletitudes y síntomas, para ser consideradas como sujetos de derechos. Esto se debe, en gran medida, al amplio alcance de la Convención de los Derechos del Niño, que otorgo centralidad a la ciudadanía integral de niños, niñas y adolescentes. La construcción de políticas con este marco destaca la participación juvenil y el reconocimiento de la adolescencia como un importante período de desarrollo social.

A este enfoque se suma aquel que reconoce la importancia de los adolescentes como actores estratégicos del desarrollo y se comienzan a diseñar programas, que puedan favorecer procesos de integración social para esta población. Esto hace relevante un claro enfrentamiento de la exclusión con el paradigma de la juventud como actor estratégico del desarrollo expresado en la articulación de las políticas públicas con un enfoque de transversalidad y equidad.

Las políticas avanzadas de juventud se orientan a la formación del capital humano y social, al reconocimiento de su aporte como productores culturales, a la reducción de las brechas de desigualdad con una perspectiva de equidad y del aporte estratégico de las juventudes al desarrollo de su sociedad (Krauskopf, 2010).

Congruente con los dos últimos paradigmas (actor estratégico y ciudadanía juvenil), propios de las políticas avanzadas en salud, la OPS ha desarrollado marcos conceptuales y estratégicos para la promoción de la salud de adolescentes, que incorpora el enfoque de derechos, con una estrategia intersectorial y participativa, que genera sinergia entre los diversos componentes del desarrollo (OPS, 1998).

### ***Servicios de salud “amigables” a la población adolescente***

En el marco de las políticas de avanzada, y del enfoque de promoción y desarrollo impulsado por la OPS, se delinean ciertas características que deben tener los servicios de salud que atienden a esta población. En este sentido, la OPS insta a los gobiernos a invertir recursos en la creación de servicios de salud –en los hospitales, los centros de atención primaria, y los centros juveniles – sensibles a la realidad de esta población. Además se identifica que ciertas características “amigables” para las y los adolescentes son esenciales para lograr que los servicios sean efectivos. Los componentes básicos incluyen profesionales especialmente capacitados, privacidad, confidencialidad y accesibilidad (OPS, 1998).

Concretamente, un establecimiento sanitario sensible a las necesidades de los adolescentes debe ser accesible, atender en horarios convenientes, no requerir cita previa, brindar los servicios gratuitamente y contar con sistemas eficientes de remisión a especialistas. De igual modo, debe superar las barreras generacionales, culturales y de género, con el objeto de fomentar el diálogo sincero entre los adolescentes y el personal, que debe ser idóneo para ofrecer tratamiento y asesoramiento (FNUAP, 2003).

### **3.4- El marco normativo argentino para el abordaje de la salud de adolescentes**

Las políticas destinadas a la adolescencia han sufrido transformaciones significativas en las últimas décadas, principalmente fruto del cambio de paradigma acaecido en el sector. Este nuevo enfoque tuvo impacto en la manera en que se analizan las problemáticas que afectan a esta población como en las intervenciones que deben diseñarse para brindar respuestas y soluciones. Estos cambios se plasmaron en tratados y convenios internacionales, que luego se trasladaron y adaptaron a nivel nacional y provincial, y finalmente dieron lugar a la construcción de un nuevo marco institucional.

En este contexto, la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del Niño fue rápidamente ratificada por la Argentina en 1990, y en 1994 se le otorgó jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22). Sin embargo su adaptación mediante un marco legal e institucional nacional fue un desafío que requirió más tiempo. En este sentido, la puesta en marcha de los lineamientos que establece la Convención involucro amplios debates en tanto exigía transformaciones profundas en la legislación, reformas en las prácticas de las instituciones, y modificaciones de la relación entre el Estado, la familia y la comunidad con niños, niñas y adolescentes.

Así, recién en el año 2005 se aprobó la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (Ley 26061), que dispone la aplicación obligatoria de la Convención sobre los Derechos del Niño, y delinea las características básicas que deberán adquirir las políticas públicas ligadas a infancia y adolescencia.

Entre estas se destacan la descentralización de los organismos de aplicación, la gestión coordinada con la sociedad civil y la promoción de redes intersectoriales locales. Asimismo, se establece un sistema de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes compuesto por múltiples instituciones<sup>12</sup> (Olaviaga y Marazzi, 2011).

La creación de este sistema implica una coordinación entre la Nación, las provincias y los municipios, y de todos los organismos que “diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”.

Dentro de este esquema, las provincias son las encargadas de planificar y ejecutar políticas. En consecuencia, la modalidad, velocidad y diseño previsto para su aplicación es jurisdicción de cada provincia, y el estado de adaptación de la Ley 26061 a la normativa provincial es, por tanto, heterogéneo. La Tabla 1 muestra la normativa para cada jurisdicción. Allí se observa, por ejemplo, que algunas provincias cuentan con normativa propia, adecuada a la Convención y a la Ley 26061 desde hace varios años, mientras que otras jurisdicciones las adoptaron recientemente, y algunas pocas solo han adherido a la ley nacional pero carecen de una norma que adecue el sistema de protección a la infancia y adolescencia local.

Paralelamente, en el sector de la salud, y sin estar necesariamente coordinados con el debate más amplio que involucraba la adaptación de la Convención, se comenzaron a generar otros cambios en el marco institucional.

Un poco permeados por las recomendaciones de los organismos internacionales (OMS/OPS principalmente), en 1993, se formula el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente en la Argentina. En 1995, la Dirección de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación, con el apoyo de la OPS y de la Fundación Kellogg, elaboran los Lineamientos normativos para la atención integral de salud en adolescentes (Pasqualini y Llorens, 2010).

Asimismo se van reconociendo los derechos que tienen los adolescentes a acudir a los servicios de salud, aún sin compañía de un adulto, y su derecho a informarse. En esta línea, en el año 2002, la Argentina creó un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25673) a fin de promover la salud sexual de los adolescentes, y la prevención de los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, asegurando el acceso a la información y los servicios. Este fue un gran viraje fruto del cambio de paradigma, donde el adolescente es considerado sujeto de derechos y no ya objeto de cuidado.

En esta misma dirección, en el año 2006, se sanciona la Ley Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley 26150) que establece que “todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal”. Esta ley reconoce y refuerza el derecho de autonomía personal y privacidad en cuanto a la sexualidad individual acorde con el desarrollo del niño, la niña y adolescente.

Sin embargo, al igual que en el caso de la ley 26061, la aplicación de ambas leyes (25673 y 26150) en el ámbito provincial varía significativamente entre jurisdicciones. Esto se debe a que la Argentina es un país Federal, donde la salud es una potestad no delegada por las provincias a Nación, aunque esta última mantiene competencias en temas como el cumplimiento de los tratados internacionales. En este marco, las

---

<sup>12</sup>Estas instituciones son la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia, y el Defensor de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

provincias pueden adherir o no a la legislación nacional. Es por ello que existe una gran heterogeneidad en cuanto en la aplicación del mencionado marco normativo.

**Tabla 3.1.**

**Marco normativo provincial para la protección integral de niños, niñas y adolescentes**

<b>Jurisdicción</b>	<b>Marco normativo provincial</b>
Buenos Aires	Ley 13298/04
CABA	Ley 114/98
<b>Catamarca</b>	<b>Adhesión a la Ley Nacional 26061 - Ley 5292/09</b>
<b>Chaco</b>	<b>Adhesión a la Ley Nacional 26061 - Ley 5681/06</b>
Chubut	Ley 4347/97
Córdoba	Ley 9944/11
Corrientes	Adhesión a la Ley Nacional 26061 - Ley 5773/07
Entre Ríos	Ley 9861/08
Formosa	Ley 1089/81
Jujuy	Ley 5288/02
La Pampa	Ley 1343/91 Ley 1556/94
La Rioja	Ley 8066/06
Mendoza	Ley 6354/95
<b>Misiones</b>	<b>Ley 3820/02</b>
Neuquén	Ley 2302/99
Río Negro	Ley 4109/06
Salta	Ley 7039/99
San Juan	Ley 7338/02
San Luis	Adhesión a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño - Ley 5430
Santa Cruz	Ley 3062/09
Santa Fe	Ley 12967/09
<b>Santiago del Estero</b>	<b>Ley 6915/08</b>
Tierra del Fuego	Ley 521/00
<b>Tucumán</b>	<b>Ley 8293/10</b>

Fuente: Elaboración propia sobre la base de [www.observatoriojovenes.com.ar](http://www.observatoriojovenes.com.ar) y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

En el caso de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, un informe elaborado por el CONDERS<sup>13</sup> (Consortio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales) da cuenta de las diferencias entre jurisdicciones. Concretamente, en lo que respecta a legislación, señala la coexistencia de provincias que cuentan con normativas provinciales sobre salud sexual y reproductiva, y se rigen por ella y la ley

13 Este es un consorcio de organizaciones que se crea en mayo de 2003, a partir de la aprobación de la ley 25673, para monitorear sistemáticamente la aplicación de la ley y la calidad de los servicios en varias provincias y municipios del país.

nacional; mientras que otras no han adherido a la ley nacional y funcionan sobre la base de normativas administrativas de menor nivel o anteriores a la sanción de la ley nacional.

En este contexto, las provincias de Catamarca, Formosa, San Juan, y Tucumán aun no cuentan con leyes provinciales, y en la provincia de Salta tiene una ley provincial, pero aún no ha sido reglamentada (CONDERS, 2010).

El Programa Nacional de Educación Sexual Integral, por su parte, también presenta situaciones diversas. Cabe destacar que su implementación en el ámbito provincial presenta significativas demoras. Es así como, a pesar de lo establecido en la Ley 26.150, se continúan verificando enormes falencias en las posibilidades de acceso a la educación sexual integral en todos los niveles educativos. Luego de cinco años desde la aprobación de la norma, este derecho no parece estar garantizado en las escuelas. Incluso en aquellas provincias que cuentan con leyes propias y están, por ende, avanzadas en el debate social sobre el tema, se encuentran aun en etapas muy iniciales (CONDERS, 2010).

Por ejemplo, varias provincias han adherido a la Ley, pero no se han realizado avances para su aplicación. Otras tantas no han adherido y presentan situaciones variadas. Este es el caso de Salta, San Juan y Tucumán que no tienen legislación provincial sobre el tema ni adhieren a la Ley Nacional 26150. En el caso de Salta, no solo no aplican la ley nacional, sino que han incluido en su constitución provincial una disposición estableciendo en las escuelas públicas la obligatoriedad de la educación con contenidos religiosos. En la provincia de San Juan continúan existiendo enormes resistencias que impiden la posibilidad de establecer y desarrollar acciones ni estrategias propias. En Tucumán, en cambio, aunque no adhiere a la ley nacional ni hay ley provincial, se están llevando adelante acciones desde el Programa de Educación Sexual Integral (CONDERS, 2010).

Finalmente, en el año 2007 se crea en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) tomando como pilares fundamentales el concepto de determinantes sociales y culturales de la salud, y a la salud como un derecho humano básico. Sus acciones se enmarcan en la Convención de los Derechos del Niño; la Ley de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes que garantiza el derecho a su salud integral (artículo 14); la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable; y la Ley de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado (Ley 26529) (Martínez y Zamberlin, 2011).

De esta manera, el PNSIA promueve y difunde el derecho de los y las adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad, con énfasis en el derecho de esta población a acceder a información sobre salud sexual y reproductiva incluyendo la orientación y provisión de métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida.

Mejorar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud se encuentra entre los principales objetivos del Programa. Por ello sus intervenciones apuntan a ampliar y fortalecer la oferta de espacios de atención para adolescentes en el país, y a sensibilizar a los profesionales de salud para reducir algunas barreras que impiden el acceso de adolescentes.

Nuevamente, el desarrollo del Programa en las provincias es heterogéneo. De acuerdo a datos provistos por el PNSIA (tabla 2), para el año 2011 todas las provincias, a excepción de La Pampa, cuentan con un referente en el tema de adolescencia, quien articula las acciones y mantiene un contacto frecuente con el Programa Nacional. Asimismo, 13 jurisdicciones cuentan con un Programa Provincial y dos lo están elaborando. 18 jurisdicciones cuentan con espacios de atención diferenciada para adolescentes, aunque la complejidad de los mismos varía entre provincias.

**Tabla 3.2.**  
**Programas de Adolescencia y espacios de atención diferenciada, según**  
**provincias. Mayo 2011.**

<b>Jurisdicción</b>	<b>Programa Provincial de Adolescencia</b>	<b>Espacios de atención diferenciada para adolescentes</b>	<b>Referente de Adolescencia</b>	<b>Capacitación en Servicio</b>
Buenos Aires	Si	Si	Si	
CABA	Si	Si	Si	
<b>Catamarca</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	
<b>Chaco</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	
Chubut	Si	Si	Si	
Córdoba	Si	Si	Si	
Corrientes	No	No	Si	X
Entre Ríos	No	Si	Si	X
Formosa	No	Si	Si	X
<b>Jujuy</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	<b>X</b>
La Pampa	No	No	No	
La Rioja	En armado	Si	Si	X
Mendoza	Si	Si	Si	
<b>Misiones</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	<b>X</b>
Neuquén	En armado	Si	Si	
Río Negro	No	No	Si	
Salta	No	No	Si	
San Juan	Si	Si	Si	
San Luis	Si	Si	Si	
Santa Cruz	No	No	Si	
Santa Fe	No	Si	Si	
<b>Santiago del Estero</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	<b>X</b>
Tierra del Fuego	No	Si	Si	
<b>Tucumán</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	<b>Si</b>	

Fuente: Martínez y Zamberlin, 2011.

### 3.5- Reflexiones finales

El derecho a la salud, a la confidencialidad en la consulta, a la información, a la atención, al suministro de los medios requeridos para vivir su sexualidad, son todos derechos a los cuales los y las adolescentes deben acceder, de acuerdo a su grado de madurez y capacidad de discernimiento, porque son sujetos de derechos. Así lo establece la Convención de los Derechos del Niño (CDN).

La Argentina tiene un amplio desarrollo legislativo nacional y provincial en este sentido (Leyes 26061, 25673, 26150 y 26529, entre otras). Sin embargo, la norma no es condición suficiente para modificar las viejas prácticas arraigadas en aquellas instituciones donde, en definitiva, se efectivizan estos derechos. Muchas veces se identifican brechas notables entre la norma y la práctica. Esto evidencia la necesidad

de promover el cambio también con debate y capacitación, en tanto el cambio real es fruto de procesos culturales más complejos.

En este contexto, uno de los interrogantes que involucra el presente estudio es identificar las brechas, vacíos e inconsistencias existentes entre la norma y la práctica en las jurisdicciones seleccionadas (Catamarca, Chaco, Santiago del Estero, Misiones, Jujuy y Tucumán). A modo de síntesis, la tabla 3 presenta el marco normativo-institucional vigente en las provincias seleccionadas.



**Tabla 3.3. Marco normativo-institucional para el abordaje de la adolescencia, vigente en las provincias seleccionadas.**

<b>Jurisdicción</b>	<b>Protección integral de niños, niñas y adolescentes</b>	<b>Salud Sexual y Procreación Responsable</b>	<b>Educación Sexual Integral</b>	<b>Programa Provincial de Adolescencia</b>	<b>Espacios de atención diferenciada para adolescentes</b>	<b>Referente de Adolescencia</b>
<b>Catamarca</b>	Adhesión a la Ley Nacional 26061- Ley 5292/09	Sin legislación	Sin legislación	Si	No	Si
<b>Chaco</b>	Adhesión a la Ley Nacional 26061 - Ley 5681/06	Ley 4276/96 Creación del Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable	Ley 5811/06 Educación sexual integral	Si	Si	Si
<b>Jujuy</b>	Ley 5288/02	Ley 5133/99 Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual	Sin legislación. Tienen Programa Provincial de Educación Sexual Integral	Si	Si	Si
<b>Misiones</b>	Ley 3820/02	Adhesión a la Ley Nacional 25673 - Ley 4494/09 Ley 4017/03 Prevención del Embarazo Adolescente	Ley 4410 Educación sexual integral en los establecimientos educativos	Si	Si	Si
<b>Santiago del Estero</b>	Ley 6915/08	Adhesión a la Ley Nacional 25673 - Ley 6759	Adhesión a la Ley Nacional 26150	Si	Si	Si
<b>Tucumán</b>	Ley 8293/10	Sin legislación	Sin legislación	Si	Si	Si

Fuente: Elaboración propia sobre la base de CONDERS (2010), [www.observatoriojovenes.com.ar](http://www.observatoriojovenes.com.ar), Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, y Martínez y Zamberlin (2011).

# Capítulo 4

## Revisión de Literatura y Marco Teórico

*Daniel Maceira y Marilina Urrutia*

Desde una perspectiva teórica, el sistema de salud de un país tiene como objetivo proveer de cobertura eficaz y equitativa a toda su población. Esta garantía de derechos se hace efectiva a través de una estrategia sanitaria que permita utilizar del modo más razonable los recursos monetarios, humanos y tecnológicos disponibles, normalmente limitados ante la presencia de necesidades múltiples. Tales necesidades se hacen crecientes en la medida que el perfil sanitario y epidemiológico de la población se desarrolla, avanzando en el requerimiento de tratamientos y drogas más costosas.

El Estado, como garante de la salud de la población, debe hacer uso de sus herramientas financieras, regulatorias y prestacionales, de acuerdo a sus particularidades institucionales, y las de su contexto socio-político-sanitario. Dentro de este marco, el diseño de un modelo socialmente adecuado requiere de una estrategia en el uso de recursos, que involucre no solo el planeamiento de modelos de gestión de los fondos propios, sino que avance en la articulación entre instituciones públicas y privadas, y dentro de las primeras, la coordinación de acciones nacionales, provinciales y municipales.

La equidad asignativa se alcanza entonces, mediante el uso de de tales herramientas de intervención, gestionadas con una perspectiva comprehensiva.

Ello a su vez refiere a la identificación de una variada gama de necesidades sanitarias, vinculadas no sólo con patrones culturales, económicos y sociales, que reflejan la relación causal entre el sistema de salud con sus determinantes, sino también aborda una variedad de necesidades referidas a los patrones étnicos de la población del país.

En la medida que cada grupo étnico refleja un conjunto de necesidades particulares, las acciones del Estado garante de la salud deben ser no-homogéneas, adaptándose a las características de la población en cada caso, dentro de un marco de acción a lo largo del ciclo de vida.

La literatura ha avanzado en el análisis de los determinantes de la atención en la salud de los ancianos, los perfiles sanitarios involucrados y los medios a partir de los cuales los factores económicos y la prevalencia de enfermedades facilitan o desafían las posibilidades sociales e individuales de afrontar desembolsos onerosos para el sistema sanitario y para las familias. Por otra parte, los esfuerzos crecientes en salud materno-infantil tanto en el sistema sanitario argentino como en aquellos de otras naciones en desarrollo han permitido un abordaje sistemático de planificación para estos grupos sociales. Ello permitió establecer buenas prácticas institucionales, definiendo grupos prioritarios de intervenciones y avanzando en algunos casos, en la definición de trazadoras que permitan una mejor y más eficaz evaluación de las políticas desarrolladas tanto desde el Estado.

Dentro de este marco, el trabajo propone avanzar sobre un área de importancia al momento de establecer una estrategia de salud eficaz y equitativa, en tanto permite una

mirada preventiva desde una perspectiva inter-generacional. A su vez, ella apunta a reducir riesgos sanitarios y sociales de grupos donde la inversión pública en salud genera claras externalidades sobre la sociedad y las familias.

A pesar de tal relevancia, no existe en el país una literatura amplia que permita abordar los múltiples elementos participantes de esta problemática. Es por ello que resulta necesario abordar una revisión de literatura que se nutra de otras experiencias a nivel regional e internacional, que incluya:

- (i) la necesidad de conocer los parámetros de riesgo sanitario asumidos por los adolescentes,
- (ii) los criterios a partir de los cuales los jóvenes consideran necesario avanzar en acciones de auto-cuidado,
- (iii) los mecanismos formales de protección social con los que cuentan estos grupos, generalmente asociados con las características laborales de sus padres, y
- (iv) los modelos prestacionales existentes desde la oferta pública, que permitan absorber esas necesidades, potenciar la relación entre los adolescentes y el sistema de salud, y proveer de capacidades y herramientas a estos grupos para facilitar la contribución comunitaria a un sistema sanitario más inclusivo.

Si bien los adolescentes en sí mismos no son considerados un grupo de riesgo dado que sus niveles de mortalidad y mortandad son bajos comparados con otros grupos etáreos, están expuestos a factores de riesgos específicos de esa etapa del ciclo vital. Se consideran factores de riesgo a agentes o condiciones (biomédicas, sociales o de comportamiento) asociados con un incremento de la probabilidad de resultados que comprometen la salud, la calidad de vida o la vida misma. Así, no solo la hipertensión, el colesterol alto o la contaminación comprometen la salud, sino también el comportamiento sedentario, las adicciones o el consumo de sustancias, las prácticas sexuales sin protección, etc. Todos ellos comportamientos con alta probabilidad de ocurrencia entre los adolescentes.

La salud entendida como un constructor social que determina la manera en que los sujetos y la sociedad actúan en relación a la salud, adquiere especial significación en el caso de los jóvenes, cuyos problemas son predominantemente de orden social. De este modo, el sistema de salud requiere de nuevos instrumentos de vinculación e intervención con la población, particularmente adolescente, a fin de hacer frente a sus necesidades. Estas necesidades no son sólo las identificadas, sobre las cuales manifiestan sus demandas al sistema, sino también aquellas no percibidas, y sobre las cuales el marco institucional sanitario debe recrear espacios de comunicación y docencia.

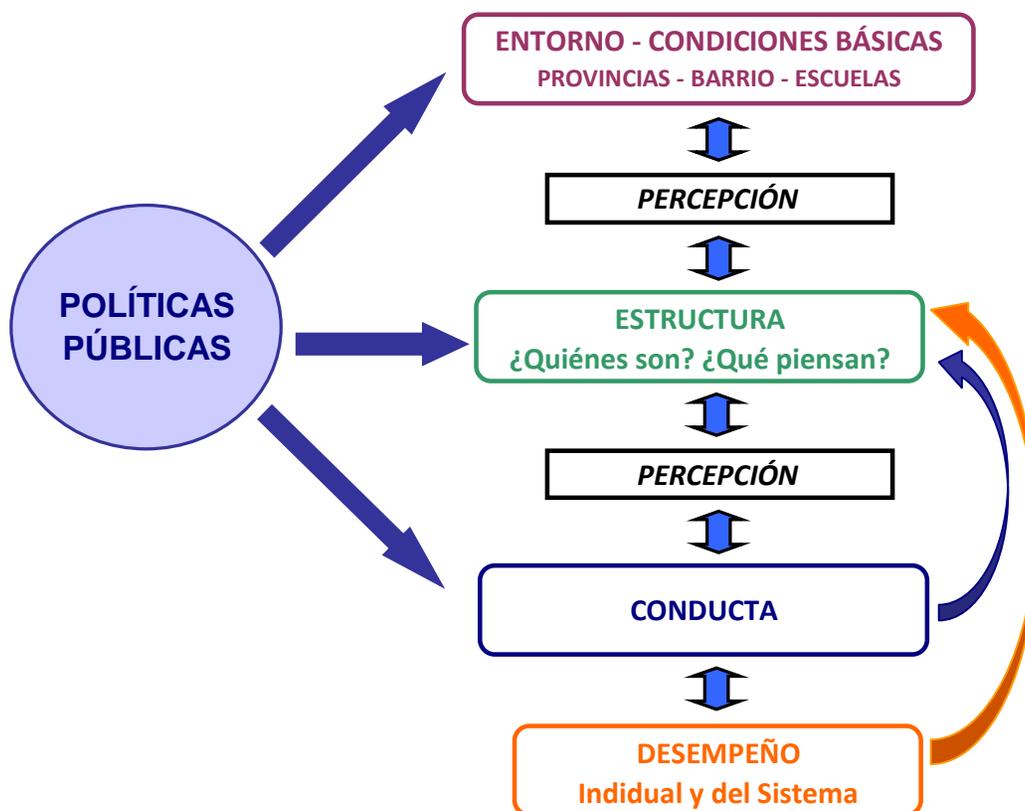
Bajo esta perspectiva, el concepto de acceso a los servicios de salud se vuelve menos específico, ya que no sólo observa la presencia del adolescente en el establecimiento sanitario, sino que incluye modos alternativos en los cuales el/la joven interactúan con la oferta institucional. Estos modos en muchos casos, se espera, excede el hospital y el centro de salud, y avanza hacia otros espacios como la escuela, los medios de comunicación (diarios, televisión, Internet), y asocia al entorno comunitario.

Desde esta perspectiva, una estrategia sanitaria orientada hacia la adolescencia se encuentra asociada a dos vectores de expectativas y percepciones. La primera de ellas es la definida por los adolescentes sobre sus necesidades y sobre el entorno en el cual se desenvuelven (geográfico, familiar, escolar, amistades, etc.). Por el otro, un segundo

vector de percepciones y expectativas refiere al del entorno (el espacio de desarrollo del adolescente) que lo influye y lo condiciona. Ello no sólo ocurre desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud adolescente, sino también desde la mirada observadora que interpreta sus necesidades y las transforma (o no) en intervenciones, no sólo de política pública, sino familiares y comunitarias. ¿Qué piensan?, ¿Qué necesitan?, ¿Que les gusta y/o disgusta?, son cuestionamientos que llevan a intervenciones sobre la vida adolescente, con más o menos interacción con ella, como resultado/ respuesta/reacción a sus conductas frente a factores de riesgo. Dicho de otro modo, ambos elementos, condiciones básicas del entorno y estructura, mediados por percepciones cruzadas, definirán determinadas conductas o hábitos de comportamiento por parte del adolescente.

Estas conductas retroalimentan las percepciones propias y del entorno, redefiniendo las relaciones entre el/la joven y su ambiente. La dimensión de política pública, idealmente, absorbe estas necesidades y vínculos y elabora respuestas institucionales que propicien intervenciones exitosas. Tales intervenciones pueden operar sobre el contexto familiar o comunitario del adolescente, sobre la estructura de necesidades y percepciones de los mismos, como también sobre el espacio de las acciones, reorientando conductas, promoviendo cambios de hábitos, etc.

**Figura 4.1.**  
**Marco de Análisis para la Política de Adolescencia**



Finalmente esa conducta influirá por un lado, en el desempeño final individual, en términos de logros y/ o fracasos alcanzados, y por otro del sistema en su conjunto. Incidencia de conductas de riesgo, tales como nivel de adicciones, consumo de alcohol, conductas sanitarias preventivas, indicadores de sexualidad responsable, niveles de embarazo adolescente, entre otros, son indicadores de desempeño de un sistema que vincula a el/la adolescente, su entorno familiar y comunitario, su escuela y la política pública. Cada uno de estos indicadores refiere a una estrategia de acceso y cobertura de salud, que asocia al indicador individual con el resultado del sistema.

La Figura 4.1 provee un resumen de estos vínculos que retroalimentan conductas “virtuosas” y negativas. Así, factores externos pueden conducir a conductas de riesgo múltiples y correlacionados entre sí, y fallas en percepciones cruzadas entre el/la adolescente y el entorno (y la política) potencialmente afectan negativamente los resultados esperados.

Considerando este marco de análisis, recurrimos a la literatura para identificar vínculos entre el entorno, la política y el/la adolescente, sus efectos en términos de conductas de riesgo, y pautas de acceso.

## **Conductas**

Jessor (1991), propone que el entendimiento del riesgo, cuando el comportamiento es analizado como un factor de riesgo, requiere una atención de todas las posibles consecuencias (sociales y psicológicas), no solo las biomédicas. Así, cuando un adolescente decide fumar, beber alcohol en exceso, conducir ebrio, usar drogas o tener relaciones sexuales sin protección, no solo compromete su salud y seguridad (embarazos no deseados, contagio de enfermedades, accidentes, etc.), sino que también genera consecuencias sociales y psicológicas adversas (problemas de conducta, desinterés en el estudio, problemas para relacionarse, depresión, etc.). Por otro lado, estas consecuencias pueden no ser percibidas como negativas por parte de los adolescentes sino como deseables en un intento de buscar aceptación, respeto de los pares, independencia y madurez.

En la misma dirección, Lundborg (2006) considera que cuando un adolescente evalúa la opción de fumar; beber alcohol en exceso o consumir drogas, forma sus expectativas de acuerdo a las acciones y resultados que observa de sus pares, ya que la utilidad que le otorga determinado comportamiento depende de si el mismo se encuentra o no validado por sus compañeros. A partir de un estudio realizado a jóvenes suecos entre 12 y 18 años, analiza la influencia del comportamiento del grupo en la conducta individual en torno al consumo de cigarrillo; alcohol y drogas, encontrando causalidades significativas y positivas. La causalidad más fuerte se encuentra en el consumo de alcohol, y la más débil en el uso de drogas.

La literatura es profusa en mostrar la existencia de una relación causal entre hábitos o comportamientos riesgosos propios de los adolescentes. Brooks (1998), por ejemplo, manifiesta que la percepción de que el cigarrillo reduce el apetito es común entre los adolescentes, especialmente entre las mujeres originando la iniciación en el cigarrillo de aquellas adolescentes que quieren bajar de peso. Por su parte, Cawley, et al. (2003) identifica esta relación causal a partir de la estimación de modelos de tiempo discreto empleando la Encuesta Longitudinal Nacional de la Juventud (1997), concluyendo que las adolescentes que se describen a sí mismas como excedidas de peso y manifiestan querer perder peso se encuentran más propensas a fumar.

French, Perry, et al, (1994), incorporan a los estudios antes descritos el análisis sobre las prácticas de dieta entre adolescentes como determinantes para comenzar a fumar. A partir de modelos de regresión logística de datos transversales y longitudinales obtenidos de una encuesta a estudiantes encuentran que adolescentes mujeres que hacen dieta tienen una probabilidad más alta de comenzar a fumar que aquellas que no buscan adelgazar. Klesges, et al (1987), a partir de un estudio cualitativo a estudiantes del primer año de la Universidad del Oeste, encuentran que las mujeres son más proclives que los varones a emplear prácticas no saludables para adelgazar: comer menos de lo que les gustaría; ayunar; saltar comidas; inducir el vómito; fumar, consumir cafeína en exceso; ingerir laxantes; diuréticos y supresores del apetito; etc.

De acuerdo a la literatura recogida, una percepción negativa del cuerpo se asocia además con patrones de depresión anímica. Stice, et al., (2000) en base a un estudio longitudinal en una muestra de adolescentes mujeres entre 13 y 17 años, encuentran que los síntomas depresivos pueden ser explicados por la percepción disconforme de la imagen corporal. Asimismo, el fracaso resultante de no lograr la imagen deseada a pesar de los esfuerzos realizados en prácticas para adelgazar desencadena o refuerzan estados depresivos. Con el mismo propósito Killen, et al., (1987), a partir de un análisis poblacional de 646 mujeres estudiantes, además de corroborar las conclusiones previas, encuentra que adolescentes que usan prácticas riesgosas para adelgazar se encuentran más propensas a involucrarse en otras conductas no saludables, como beber alcohol en exceso, fumar y usar drogas.

Asimismo, ciertos estudios muestran la incidencia de sintomatología depresiva entre los adolescentes y su relación con el uso indebido de drogas. Saluja, et al, (2004) a partir de un cuestionario implementado en adolescentes entre 11 y 15 años de escuelas públicas y privadas estadounidenses, encuentran que la incidencia de depresión es mayor en mujeres que en varones, que la misma aumenta con la edad en ambos sexos y que un alto porcentaje de adolescentes que reportan consumir drogas tienden a presentar síntomas depresivos a diferencia de quienes no consumen sustancias.

Otras referencias de la bibliografía consultada establecen un vínculo significativo e inverso entre conductas riesgosas y edad, reforzando la necesidad de políticas de comunicación y promoción de hábitos saludables entre adolescentes. Mellanby, et al., (1993), por ejemplo, utiliza un cuestionario sobre educación sexual y lo aplica a estudiantes en nueve escuelas del oeste de Inglaterra, concluyendo que los adolescentes que se inician a edades tempranas (menores a 16 años) en la actividad sexual, son más propensos a tomar actitudes sexuales riesgosas (no usar preservativo y mantener relaciones sexuales casuales) que aquellos que se inician de mas grandes.

Zabin Schwab, et al, (1984), también a partir de un cuestionario a adolescentes mujeres menores de 20 años, en este caso aplicado en 32 clínicas de anticoncepción en Estados Unidos, encuentran una fuerte relación negativa entre edad de la primera relación sexual y nivel de consumo de cigarrillo, así también “las adolescentes que más fuman” son las que en mayor medida emplean métodos no seguros de anticoncepción

Lowry, et al, (1994) examina la relación entre el uso de alcohol, cigarrillo, marihuana, cocaína, y otras drogas ilícitas con conductas sexuales que incrementan el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes. Con datos seleccionados de la encuesta nacional de comportamiento riesgoso en adolescentes de 1990, también para Estados Unidos, concluyen que los estudiantes que reportan no usar sustancias ilícitas tienen menos probabilidades de involucrarse en actitudes sexuales

riesgosas tales como no usar preservativo, mantener relaciones sexuales casuales o no mantener una pareja estable. Las probabilidades para cada uno de estos comportamientos sexuales riesgosos son mayores entre estudiantes que consumen drogas (marihuana, cocaína, otras), mientras que aquellos estudiantes que solo fuman o beben alcohol tiene menores pero igualmente significativas probabilidades de involucrarse en comportamientos sexuales riesgosos. A modo de corolario, Lowry et al concluyen que el uso de sustancias entre adolescentes es un importante indicador de riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual a través de su asociación con comportamientos sexuales no seguros. Al igual que en el caso anterior, los resultados sugieren la presencia de un entorno social que genera conductas de riesgo, de donde se desprenden tanto los modos en que los adolescentes ejercen su sexualidad y se posicionan frente a las drogas, más allá del vínculo funcional entre ellos.

Por su parte, Hingsong, et al., (1990), a partir de una encuesta telefónica en Massachusetts a adolescentes entre 16 y 19 años, mostraron que el porcentaje de uso de preservativos disminuye drásticamente si se está bajo el efecto del alcohol o las drogas. Rashad, et al, (2004), refuerza los resultados anteriores aplicando un modelo probit bivariado a los datos de la encuesta longitudinal nacional de salud adolescente.

La relación entre consumo de sustancias ilícitas tampoco es un comportamiento aislado entre los adolescentes, Kandel, et al, (1993), en base a una encuesta epidemiológica realizada a alumnos de escuelas públicas y privadas de New York, muestran que existe un patrón secuencial para el consumo de sustancias ilícitas. En las mujeres se observa que es el cigarrillo el conductor para que prueben drogas, mientras que en los hombres es el alcohol el que precede al consumo de drogas.

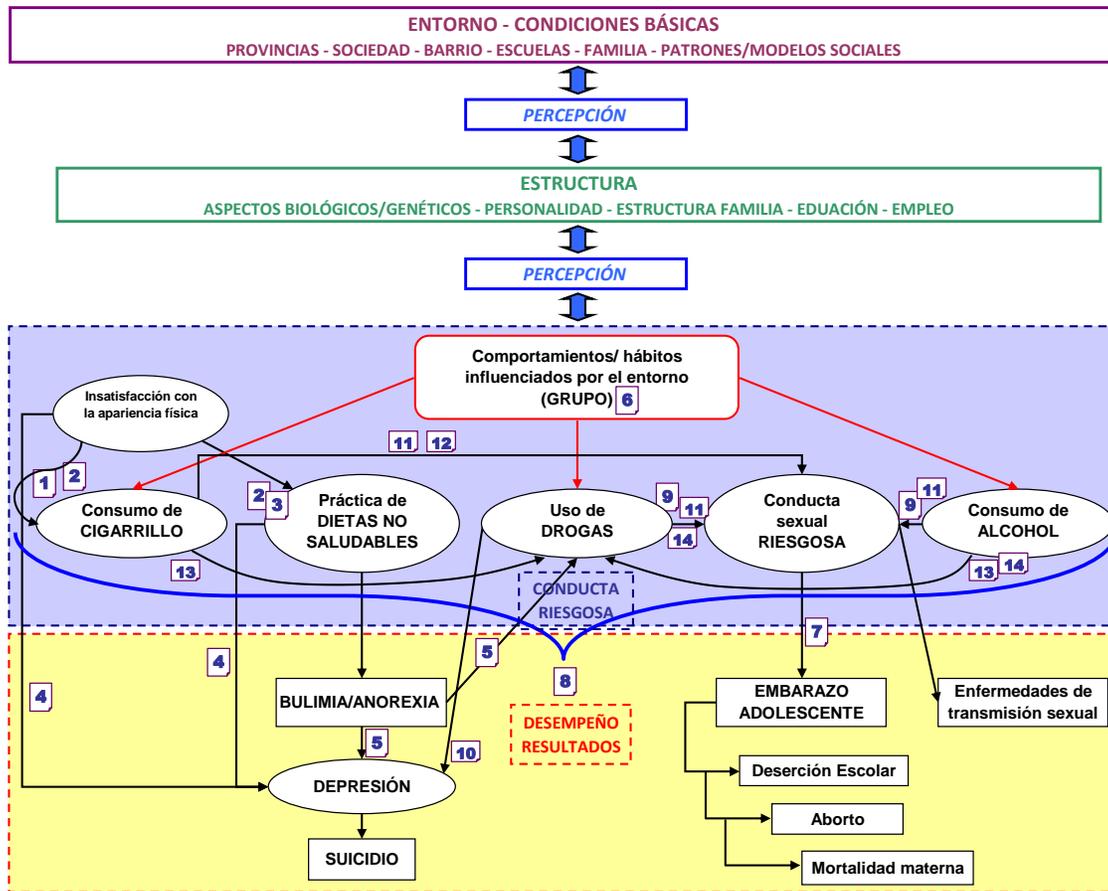
Un resumen de los vínculos hallados en la literatura y su inserción en el marco de análisis propuesto se presenta en la Figura 4.2.

Se desprende del análisis que no es posible estudiar comportamientos o conductas riesgosas, ni sus relaciones entre sí, sin entender sus antecedentes de estructura que derivan en la conducta riesgosa. La misma está definida por la personalidad y aspectos biológicos/genéticos del adolescente que determinan su grupo y pensamiento, como también de las condiciones de contexto que determinan un entorno geográfico particular (provincia, barrio, escuela). De este modo, “estar en riesgo” representa dos situaciones diferentes:

- Por un lado, los adolescentes que ya están involucrados en hábitos riesgosos (adolescentes que fuman, beben, conducen ebrios, consumen sustancias ilícitas, etc.) y que requieren de **políticas de intervención**.
- Por otro, adolescentes aún no involucrados que requieren de una estrategia de información y acceso, para evitar que adquieran conductas riesgosas, para los cuales se requieren de **políticas de prevención**.

En este sentido, es importante entender el tipo de relación de los adolescentes con el sistema de salud, la existencia de barreras al acceso a los servicios y las expectativas de los adolescentes cuando acuden a los mismos. Diversos estudios de tipo cualitativo intentan explicarlo.

**Figura 4.2.**  
**Análisis de Literatura sobre Conducta Adolescente**



**Referencias:**

- 1- Cawley, J.; Markowitz, S. y Tauras, J. (2004): "Lighting up and slimming down: the effects of body weight and cigarette prices on adolescent smoking initiation" en *The Journal of Health Economics*, Vol. 23 Nº 2, pp. 293-311.
- 2- French, S.; Perry, C.; Leon, G. and Fulkeson, J. (1994): "Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents: a prospective study" en *American Journal of Public Health*, Vol. 84 Nº 11, pp. 1818-1820.
- 3- Klesges, R.; Mizes, J. and Klesges, L. (1987): "Self-help dieting strategies in college males and females", en *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 6 Nº 3, pp. 409-417.
- 4- Stice, E.; Hayward, C.; Cameron, R.; Killen, J. and Taylor, B. (2000): "Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents, a longitudinal study" en *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109 Nº 3, pp. 438-444.
- 5- Killen, J.; Taylor, B.; Telch, M.; Robinson, T.; Maron, D. and Saylor K. (1987): "Depressive symptoms and substance use among adolescent binge eaters and purgers: A defined population study", en *Journal of Public Health*, Vol. 77, pp. 1539-1541.
- 6- Lundborg, P. (2006): "Having the wrong friends? Peers effects in adolescents substance use" en *Journal of health Economics*, Vol. 25 Nº 2, pp. 214-233.
- 7- Mellanby, A.; Phelps, F. and Tripp, J. (1993): "Teenagers, sex and risk taking" en *The British Medical Journal*, Vol. 307, pp. 25.
- 8- Jessor, R. (1991): "Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action" en *The Journal of Adolescence Health*, Vol. 12, pp. 597-605.
- 9- Hingsong, R.; Struning, L.; Berlin, B. and Heeren, T. (1990): "Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents" en *American Journal of Public Health*, Vol. 80 Nº 3, pp. 295-299.
- 10- Saluja, G.; Lachan, R.; Scheidt, P.; Overpeck, M.; Sun, W.; Giedd, J. (2004): "Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Young Adolescents", *Arch Pediatric Adolesc Med*, Vol. 158, pp. 760-765.
- 11- Lowry, R.; Holzman, D.; Truman, B.; Kan, L.; Collins, J. and Kolbe, J. (1994): "Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students. Are they related?" en *American Journal of Public Health*, Vol. 84 Nº 7, pp. 1116-1120.
- 12- Zabin Schwab, L. (1984): "The Association between Smoking and Sexual Behavior among Teens in US Contraceptive Clinics", en *Public Health Briefs*, Vol. 74, pp. 261-263.
- 13- Kandel, D. and Yamaguchi, K. (1993): "From Beer to Crack: developmental Patterns of Drug Involvement" en *American Journal of Public Health*, Vol. 83 Nº 6, pp. 851-855.
- 14- Rashad, I. and Kaestner, R. (2004): "Teenage sex, drugs and alcohol use: problems identifying the cause of risky behaviours" en *Journal of Health Economics*, Vol. 23 Nº 3, pp. 493-503.

## Acceso

Gutierrez, et al, (1998), mediante entrevistas a grupos focales (entre 15 y 19 años de edad) en Guadalajara, México, detalla los motivos más frecuentemente mencionados por los/as adolescentes para no utilizar los servicios de salud. Entre ellos se encuentran: trámites administrativos asociados, el trato del personal, la ineficiencia de los servicios, el sentimiento de vulnerabilidad, la vergüenza y timidez. Entre las expectativas mencionadas, los adolescentes esperan ser atendidos por profesionales con experiencia y del mismo sexo, recibir una atención separada de la consulta de los adultos y una atención empática, no enjuiciadora, sin apuros, que garantice el anonimato. El mismo estudio sugiere que el grupo de pares juega roles contradictorios (oponentes, facilitador) para acudir a los servicios. La red de apoyo y fuentes bibliográficas o Internet aparecen como opciones para solucionar los problemas de salud antes que acudir al médico, en tanto que el vivir con los padres facilita su acceso.

Mauerhofer, et al, (2009), a partir de una encuesta escolar llevada a cabo en Suiza a adolescentes entre 16 y 20 años, refuerza los resultados previos, al mostrar que los adolescentes que acceden a los servicios de salud generalmente se caracterizan por vivir con ambos padres y mostrar compromiso por su estado de salud y sus estudios. Por otro lado, la percepción es que los centros de salud sólo sirven para tratar problemas físicos, desconocen centros especializados para tratar la problemática adolescentes, o su lejanía así como la creencia falta de anonimato son barreras que dificultan su uso.

Por su parte, Suneth Agampodi, et al., (2008), a partir de un estudio cualitativo llevado a cabo en Sri Lanka sobre una muestra de 32 adolescentes entre 17 y 19 años, encuentra que el conocimiento sobre la oferta de servicios es pobre en ambos sexos pero más fuerte en los varones. Las mujeres prefieren consultar problemas reproductivos con amigas en vez de hacerlo con un profesional, y la falta de confidencialidad y accesibilidad son las principales barreras para que los adolescentes no acudan a centros de salud para tratar sus problemáticas reproductivas. A pesar de las diferencias económicas y culturales, se identifican similitudes en los hallazgos recogidos por otros estudios de campo. A modo de ejemplo, Epstein, et al, (1989), analiza las preocupaciones en salud de los adolescentes a partir de un estudio cualitativo a estudiantes entre 13 y 15 años en nueve escuelas de Londres. Los resultados muestran que entre las preocupaciones de salud más nombradas están el peso corporal, acné, nutrición y necesidad de ejercicio físico. Por otro lado encontró que existe una necesidad insatisfecha en los adolescentes de discutir temáticas sexuales (protección, cambios en el cuerpo y enfermedades de transmisión sexual). A pesar de que un alto porcentaje de los entrevistados fumaba, y un bajo porcentaje bebía alcohol o consumía drogas, mostraron poca preocupación o interés por discutir tales temáticas con un profesional de la salud.

Claro, et al. (2006), a partir de una encuesta a adolescentes entre 12 y 17 años llevada a cabo en el barrio Fonseca en Río de Janeiro, evidencian que la percepción sobre el estado de salud propio es un indicador importante que influye en la búsqueda de servicios de salud por parte de los adolescentes. Así, la percepción del estado de salud es más pesimista en mujeres que en varones, depende negativamente de condiciones socio-económicas adversas y positivamente del grado de urbanismo del lugar donde se vive.

Marcell, et al, (2007), avanzaron en el análisis de la relación entre búsqueda de asistencia médica y la temática a tratar. Para cuatro escenarios de salud posibles estudiaron el comportamiento de 210 alumnos de California. Los resultados muestran que solo el 27% de los encuestados consideran que es importante buscar ayuda en cuestiones relacionadas con la planificación sexual. Por otro lado, los adolescentes prefieren acudir a los padres, amigos o pareja cuando necesitan ayuda con cuestiones no relacionadas con

la salud física, mientras que prefieren consultar con un profesional de la salud cuando la problemática es una dolencia física concreta.

Burack, (2000), analiza las barreras a la entrada a los servicios de salud de los adolescentes a partir de una encuesta a alumnos entre 13 y 15 años en Londres. Los resultados evidencian que las mujeres son más conscientes que los hombres respecto de los servicios que ofrecen los centros de salud, la mitad de los adolescentes cree que debería ser mayor de 16 años para poder acceder a estos servicios sin la compañía de un mayor. Nuevamente, las principales barreras que los adolescentes manifiestan para no acudir a un profesional de salud son la percepción de falta de confidencialidad por parte del médico, no ser entendidos o no tener el tiempo suficiente para escucharlos.

Los resultados propuestos por la revisión de literatura evidencian la necesidad de invertir en medidas de reconocimiento, protección y cuidado de esa población, no sólo para garantizar sus derechos de acuerdo a la Convención de los Derechos del Niño sino también porque es la forma más eficaz de consolidar los logros alcanzados en la infancia y porque contribuye a reducir las disparidades socioeconómicas y sus consecuencias.

La relación entre información, necesidad identificada, traducción de necesidad en demanda, y posibilidad de acceso y diseño de políticas constituye la línea de trabajo que motiva el presente proyecto de investigación a fin de contribuir al diseño, orientación y formulación/reformulación de políticas públicas dirigidas a los y las adolescentes.

En esta línea, el propósito de este trabajo es contribuir a generar conocimiento sobre la situación de salud/enfermedad de la población adolescente en Argentina, las necesidades por los mismos percibidas y la existencia de barreras que dificultan su acceso a los servicios de salud, enfatizando en las temáticas centrales del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia para el 2011: salud sexual y reproductiva; adicciones; alimentación y suicidio,

La propuesta de trabajo metodológico permite avanzar en el conocimiento de las variables tales como identificación de necesidades en salud, la percepción del estado de salud y los modos utilizados para buscar respuesta a inquietudes y problemas.

Esta relación funcional se encuentra influida por factores contextuales (características de la familia, nivel educativo, lugar de residencia) que serán consideradas al momento de analizar la información recogida. El estudio, desde esta perspectiva, permite un abordaje amplio, donde la información individual obtenida a partir de las encuestas permitirá avanzar en el estudio de las percepciones y las necesidades, así como en los mecanismos de abordaje de cada uno, donde el grupo social de pertenencia, la familia y aspectos vinculados a género, contexto y hábitos son incorporados al diseño de trabajo.

Esta información se interrelaciona con aquella proveniente de los espacios institucionales en los cuales las políticas para adolescentes se diseñan e implementan tanto en los espacios públicos (ministerios locales, centros de atención, etc.), como los vinculados con la sociedad civil (organismos no gubernamentales).

Particularmente, el objetivo general del estudio es Identificar las barreras que afectan el acceso a la salud por parte de la población adolescente en el norte argentino. En términos específicos, se propone: (i) Identificar las necesidades vinculadas a la salud de la población adolescente en el norte argentino, e (ii) Identificar las barreras percibidas por los y las adolescentes para acceder a la satisfacción de sus necesidades de salud. La sección siguiente presenta el abordaje metodológico utilizado en la investigación, presentando luego los principales resultados alcanzados.

# Capítulo 5

## Metodología

El proceso de investigación que propone el presente estudio involucra cuatro componentes desarrollados en diferentes etapas, a partir de métodos tanto cuantitativos como cualitativos, que incluyen:

- (i) La revisión de literatura y el relevamiento de información de la normativa existente y de los abordajes relacionados con adolescentes y su salud, y la identificación de los actores locales asociados con las estrategias públicas destinada a esta población en particular.
- (ii) La aplicación de una encuesta destinada a adolescentes, a partir de una muestra de escuelas públicas secundarias de las provincias seleccionadas, a fin de acceder a información sobre las necesidades de esta población y su percepción sobre el estado de salud propio y las barreras de acceso a los servicios de salud.
- (iii) El desarrollo de entrevistas en profundidad a referentes locales, incluyendo los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social, y a una selección de servicios públicos que atienden a la población adolescente (Organizaciones Civiles, Instituciones Deportivas, etc.).

Así, el proceso de investigación cuenta con etapas diferenciadas, que se detallan a continuación:

1- En la primera de ellas se realizará una **revisión de literatura** sobre tres aspectos clave asociados con el proyecto: (i) normativa internacional y local vigente relacionada con el derecho a la salud de los y las adolescentes; (ii) políticas y buenas prácticas recomendadas para el abordaje de la población adolescente (especialmente en salud sexual y reproductiva, abuso de sustancias prohibidas y suicidio); (iii) indicadores de necesidad y barreras de acceso en la población mencionada.

Esta búsqueda bibliográfica servirá de insumo para orientar la generación de los instrumentos posteriores de recolección de información en las entrevistas semi estructurada, con los actores claves, y en la encuesta auto-administrada que se aplica a una muestra de adolescentes en cada provincia.

Asimismo, a través de información secundaria, se realiza un primer acercamiento a la oferta institucional y programática destinada a la población adolescente para cada una de las provincias seleccionadas. Este relevamiento incluye no solo al Ministerio de Salud Provincial, sino también a los Ministerios de Educación y Desarrollo Social, en tanto el estudio reconoce la importancia de un abordaje intersectorial de las problemáticas que presentan los adolescentes. A los fines del estudio, la búsqueda priorizará aquellas intervenciones asociadas con la salud sexual y reproductiva, el abuso de sustancias prohibidas y el suicidio.

A partir de esta información se seleccionaran los referentes claves en cada provincia para realizar las entrevistas en profundidad, insumo principal para la interpretación de las estrategias empleadas por los actores locales para abordar las problemáticas que presenta la población adolescente.

2- Sobre la base de la información recogida, la segunda etapa metodológica, involucra el desarrollo de entrevistas en profundidad a los referentes locales en adolescencia para la elaboración del **mapeo de actores**.

Para ello se diseñó una guía de pautas que orientó las entrevistas en profundidad con los funcionarios provinciales. Este instrumento indaga acerca de las estrategias locales existentes para abordar a la población adolescente (dependencias involucradas y oferta programática); la percepción acerca de la capacidad local para abordar las problemáticas de esta población, enfatizando en aquella relacionada con salud sexual y reproductiva, abuso de alcohol, drogas y suicidio; su percepción sobre las necesidades de los adolescentes y la presencia de barreras de acceso a los servicios de salud por parte de esta población. En cada provincia, se incorporaron al estudio a las autoridades de adolescencia del Ministerio de Salud, como así también de las áreas de educación y desarrollo social. Dentro del sistema de salud se previó entrevistas a profesionales sanitarios de los diferentes niveles de atención. Este proceso llevó a la recolección y análisis de opiniones, percepciones y desarrollo de actividades de aproximadamente **doce** entrevistas por provincia.

3- La tercera etapa metodológica consiste en la aplicación de una **encuesta autoadministrada a adolescentes** a partir de una muestra de escuelas secundarias públicas de las provincias seleccionadas.

La muestra comprende a escuelas públicas de la capital provincial y del interior, y se aplica a alumnos de primer y quinto año del secundario. Para ello se elaboró un cuestionario que relevó información sobre sus percepciones acerca de: (i) las principales problemáticas de salud, (ii) las barreras de acceso a los servicios de salud, (iii) las instituciones y personas a las que recurren para satisfacer sus necesidades de salud, (iv) la valoración sobre las respuestas institucionales existentes y la de intervenciones alternativas, entre otras. Se alcanzó un total de diez escuelas por provincia, de las cuales el 60% corresponden a la ciudad capital y el resto a dos departamentos del interior de cada jurisdicción. En cada caso se seleccionaron uno o dos cursos por cada año de escolaridad propuesto correspondiente a diferentes turnos.

4- Finalmente, de la información recogida en las entrevistas en profundidad y las encuestas a adolescentes, se elaboró una base de datos sobre la cual se responden los objetivos de la investigación, ya sea mediante técnicas de estadística descriptiva, análisis econométrico en base a modelos logísticos y técnicas cualitativas de análisis de entrevistas.

A continuación se describen características que definen la muestra de escuelas en cada provincia y de adolescentes encuestados. La Tabla 5.1 a continuación representa las seis provincias seleccionadas para el estudio y su participación porcentual en la población total

del país. En cada Provincia se seleccionaron tres departamentos en función de su escala poblacional: grande (correspondiente a la Capital Provincial), mediano y pequeño.

Finalmente, en cada Departamento se escogieron escuelas públicas del nivel medio para la implementación de las entrevistas autoadministradas a adolescentes del primer y quinto año, correspondientes a los turnos mañana y tarde. En total fueron entrevistadas 72 escuelas públicas de nivel medio.

**Tabla 5.1**  
**Muestra de Escuelas por Provincias y Departamentos seleccionados**

PROVINCIA	Población (1)	% población país (1)	Departamentos seleccionados	% Población provincial (1)	% NBI (2)	Nº de escuelas encuestadas
TUCUMÁN	1.448.188	3,60%	Capital	38%	18%	7
			Tafí Viejo	8%	22%	3
			Yerba Buena	5%	15%	1
MISIONES	1.101.593	2,70%	Capital	29%	21%	6
			Oberá	10%	26%	3
			Apóstoles	4%	29%	1
CHACO	1.055.259	2,6%	San Fernando	37%	22%	5
			Gral. San Martín	6%	44%	2
			Mayor Luís Fontana	5%	33%	2
JUJUY	673.307	1,70%	Dr. Manuel Belgrano	39%	39%	6
			El Carmen	14%	21%	4
			Humahuaca	3%	30%	1
CATAMARCA	367.828	1%	Capital	43%	15%	13
			Valle Viejo	7%	18%	5
			Fray Mamerto Esquiú	3%	18%	3
SGO. DEL ESTERO	874.006	2,20%	Capital	31%	18%	6
			Banda	16%	29%	3
			Río Hondo	6%	37%	1

Fuente:

(1) INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2010.

(1) INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2001.

La Tabla 5.2 muestra la cantidad de alumnos encuestados en cada Provincia según tamaño de departamento. En total, 5.248 adolescentes respondieron al cuestionario, de los cuales el 62% estudia en el Departamento Capital, de mayor tamaño, el 26% en el la ubicación de tamaño intermedio, en tanto 12% reside en el departamento de menor escala. .

La participación de cada Provincia en el total de encuestas responde a su población relativa. Se observa que la muestra diseñada en Chaco y Jujuy sobre representa relativamente a la población adolescente del área de menor tamaño, a expensas de la Ciudad de Resistencia, en tanto que en Misiones se encuentra marginalmente subrepresentada la ciudad capital, con mayor participación relativa del departamento de tamaño intermedio.

**Tabla 5.2**  
**Muestra de Adolescentes Encuestados, por Provincia y Departamento**

PROVINCIA		DEPARTAMENTO			Total
		Grande	Mediano	Chico	
Tucumán	no.obs	597	246	59	902
	%	66,19	27,27	6,54	17,19
Misiones	no.obs	621	154	91	866
	%	71,71	17,78	10,51	16,50
Chaco	no.obs	468	195	195	858
	%	54,55	22,73	22,73	16,35
Jujuy	no.obs	541	356	121	1018
	%	53,14	34,97	11,89	19,40
Catamarca	no.obs	440	155	74	669
	%	65,77	23,17	11,06	12,75
Santiago del Estero	no.obs	581	271	83	935
	%	62,14	28,98	8,88	17,82
Total	no.obs	3248	1377	623	5248
	%	61,89	26,24	11,87	100

Del total de adolescentes encuestados el 56% son mujeres y el 44% varones, en tanto 49 encuestados (1%), respondió al cuestionario aunque no indicó su sexo.

En la Tabla siguiente se observa la desagregación provincial de la muestra por sexo del respondente. Se evidencia que la participación de adolescentes mujeres en la muestra es superior a la de varones en todas las provincias, excepto Catamarca, donde la presencia masculina es marginalmente superior.

**Tabla 5.3**  
**Muestra de Adolescentes Encuestados, por Provincia y Sexo**

PROVINCIA	Varón		Mujer		Total Respuestas	No Responde		TOTAL
	N	%	N	%		N	%	
Tucumán	397	44,46	496	55,54	893	9	1	902
Misiones	378	43,90	483	56,10	861	5	0,58	866
Chaco	386	45,63	460	54,37	846	12	1,4	858
Jujuy	398	39,56	608	60,44	1006	12	1,18	1018
Catamarca	333	50,38	328	49,62	661	8	1,2	669
Santiago del Estero	397	42,60	535	57,40	932	3	0,32	935
TOTAL	2289	44,03	2910	55,97	5199	49	0,93	5248

Respecto de la edad de los entrevistados, las Tablas 5.4 y 5.5 presentadas a continuación permiten una apertura de la información recogida. La muestra seleccionada abarca alumnos entre 11 y 22 años (excepto Jujuy donde resultaron incorporados estudiantes de 24 años). La media de edades oscila entre los 14 y los 15 años en todas las Provincias, con desvíos estándar similares.

**Tabla 5.4**  
**Muestra de Adolescentes Encuestados, por Provincia y Edad**

PROVINCIA	EDAD					No contesto
	N	Media	Desvío Standard	MIN	MAX	
Tucumán	861	14,57	2,30	11	20	41
Misiones	846	15,22	2,06	12	22	20
Chaco	820	15,57	2,07	12	22	38
Jujuy	977	15,47	2,24	12	24	41
Catamarca	639	15,04	2,52	11	22	30
Santiago del Estero	919	15,41	1,92	12	22	16
<b>Total</b>	<b>5.062</b>	<b>15,23</b>	<b>2,20</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>186</b>

Si bien, la media de edad es 14 y 15 años, existen diferencias entre las Provincias en cuanto a la participación de cada grupo etáreo. De todos modos, la Tabla siguiente muestra la representación por tramos de edad para cada una de las jurisdicciones identificadas.

**Tabla 5.5**  
**Muestra de Adolescentes Encuestados, por Provincia. Distribución Etárea**

Edad	PROVINCIA						Total	
	Tucumán	Misiones	Chaco	Jujuy	Catamarca	Sgo.del Estero		
11	np.obs.	4	0	0	0	1	0	5
	%	<b>0,46</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,16</b>	<b>0</b>	<b>0,1</b>
12	np.obs.	229	8	5	1	135	5	383
	%	<b>26,6</b>	<b>0,95</b>	<b>0,61</b>	<b>1,1</b>	<b>21,13</b>	<b>0,54</b>	<b>7,57</b>
13	np.obs.	165	263	213	282	135	183	1,241
	%	<b>19,16</b>	<b>31,09</b>	<b>25,98</b>	<b>28,86</b>	<b>21,13</b>	<b>19,91</b>	<b>24,52</b>
14	np.obs.	80	137	117	199	56	184	773
	%	<b>9,29</b>	<b>16,19</b>	<b>14,27</b>	<b>20,37</b>	<b>8,76</b>	<b>20,02</b>	<b>15,27</b>
15	np.obs.	34	63	50	40	24	133	344
	%	<b>3,95</b>	<b>7,45</b>	<b>6,1</b>	<b>4,09</b>	<b>3,76</b>	<b>14,47</b>	<b>6,8</b>
16	np.obs.	83	66	54	20	9	94	326
	%	<b>9,64</b>	<b>7,8</b>	<b>6,59</b>	<b>2,05</b>	<b>1,41</b>	<b>10,23</b>	<b>6,44</b>
17	np.obs.	168	173	228	198	134	170	1,071
	%	<b>19,51</b>	<b>20,45</b>	<b>27,8</b>	<b>20,27</b>	<b>20,97</b>	<b>18,5</b>	<b>21,16</b>
18	np.obs.	73	99	106	167	109	109	663
	%	<b>8,48</b>	<b>11,7</b>	<b>12,93</b>	<b>17,09</b>	<b>17,06</b>	<b>11,86</b>	<b>13,1</b>
19	np.obs.	21	28	38	50	29	27	193
	%	<b>2,44</b>	<b>3,31</b>	<b>4,63</b>	<b>5,12</b>	<b>4,54</b>	<b>2,94</b>	<b>3,81</b>
20	np.obs.	4	6	8	14	4	10	46
	%	<b>0,46</b>	<b>0,71</b>	<b>0,98</b>	<b>1,43</b>	<b>0,63</b>	<b>1,09</b>	<b>0,91</b>
21	np.obs.	0	2	0	3	1	3	9
	%	<b>0</b>	<b>0,24</b>	<b>0</b>	<b>0,31</b>	<b>0,16</b>	<b>0,33</b>	<b>0,18</b>
22	np.obs.	0	1	1	1	2	1	6
	%	<b>0</b>	<b>0,12</b>	<b>0,12</b>	<b>0,1</b>	<b>0,31</b>	<b>0,11</b>	<b>0,12</b>
24	np.obs.	0	0	0	2	0	0	2
	%	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,04</b>
Total	np.obs.	861	846	820	977	639	919	5062
	%	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
No contesto	np.obs.	41	20	38	41	30	16	186
	%	<b>4,55</b>	<b>2,31</b>	<b>4,43</b>	<b>4,03</b>	<b>4,48</b>	<b>1,71</b>	<b>3,54</b>

# Capítulo 6

## Mapeo de Actores en la Atención de la Salud Adolescente<sup>14</sup>

*Christian Dodaro*

En secciones previas se expusieron los nuevos enfoques para el abordaje de los y las adolescentes y las intervenciones y políticas públicas que los mismos proponen.

Muchos fueron adoptados a nivel nacional y local, y dieron lugar a un marco normativo y andamiaje institucional. Este nuevo enfoque concibe al adolescente como un ser único tramado en su subjetividad por el momento histórico y el medio sociocultural en el que está inserto, así como por la geografía del lugar en el que se halla, la clase, la etnia y el género a los que pertenece.

A su vez, existe un consenso en torno a que el abordaje del desarrollo y la salud de los adolescentes requieren de un equilibrio entre las acciones destinadas a estimular su crecimiento y desarrollo personal, y aquellas dirigidas a prevenir o a responder a determinados problemas. Por ello estas directrices recomiendan favorecer desde las políticas públicas la construcción de autonomía, auto-cuidado y cuidado del otro.

A partir de lo señalado, en cada una de las provincias bajo estudio se identificó una estructura institucional, mediante la que se implementan las políticas que garantizan los derechos de la población adolescente que la legislación expresa. Esta es similar en casi todas las provincias, salvo algunas excepciones, y consiste en:

- Un Ministerio de Salud dentro del cual se encuentran programas o direcciones a cargo de la salud de los adolescentes, la salud sexual y reproductiva y la salud mental.
- Un Ministerio de Desarrollo Social (con excepción de la provincia de Santiago del Estero, cuyo ministerio de Salud y de Desarrollo se encuentran integrados), en donde se ubica una Dirección, Secretaría o Subsecretaría que se dedica exclusivamente a la protección de niñas, niños y adolescentes.
- Un Ministerio de Educación con una Dirección, Secretaría o Subsecretaría que aborda la educación media;
- con mayor variación entre provincias, también existen organismos que trabajan temas relacionados con el deporte.

---

<sup>14</sup> Este capítulo fue realizado en base a la información recogida en las seis provincias seleccionadas para el estudio. La misma responde al esquema metodológico presentado en el capítulo anterior. Se agradecen los aportes de Beatriz Cerrizuela (Jujuy), Cecilia Chami y Gisella Chamud (ambas de Santiago del Estero), Alicia Díaz (Misiones), Liliana Ensisa (Chaco), Alicia Saad (Tucumán) y Mariela Vázquez (Catamarca), quienes llevaron a cabo el trabajo de campo. La responsabilidad por las opiniones vertidas en esta sección es de exclusiva responsabilidad de los autores.

A esta estructura pública estatal se le suma la labor de organizaciones de la sociedad civil organizada que contribuyen a que se satisfagan las necesidades de los y las adolescentes y que se garanticen sus derechos.

Si bien existen similitudes en la estructura mencionada entre las provincias, su funcionamiento (prioridades, perspectivas, intervenciones, interacciones y políticas) presenta diferencias que generan desempeños variados. Para poder caracterizarlas e incidir en ellas, es necesario conocer qué representaciones tienen sobre los adolescentes quienes deciden sobre las políticas públicas orientadas a ese grupo etáreo, y cómo dichas representaciones inciden en las políticas que luego desarrollan.

Para el análisis de las políticas destinadas a mejorar la salud integral de los y las adolescentes en el ámbito local es relevante tanto conocer la mirada de la población objetivo, cuanto la perspectiva de quienes toman las decisiones sobre las intervenciones que involucran a esta franja etárea.

En este marco, esta sección presenta los resultados del mapeo de actores que se realizó mediante entrevistas a los principales responsables que dan vida a la estructura institucional local que vela por la salud integral de los adolescentes en cada provincia. Este relevamiento, de carácter cualitativo, indagó acerca de: las concepciones, valores y creencias de los funcionarios a cargo; su priorización de las problemáticas; los modos de abordaje utilizados; las intervenciones concretas; el trabajo intersectorial y los resultados obtenidos.

El insumo principal para el desarrollo del análisis que se expone a continuación lo constituyen entrevistas en profundidad e informes desarrollados por las referentes provinciales de adolescencia del ministerio de salud de cada provincia.

En el caso de la provincia de **Misiones**, todos los entrevistados con injerencias en el nivel central del sistema de salud en lo que respecta a sus concepciones y creencias tienden a colocar la responsabilidad por los resultados adversos del lado de las y los adolescentes.

En cuanto a la priorización de problemáticas, la mayor parte de entrevistados señalaron al embarazo no deseado como la principal entre la población adolescente de la provincia, en tanto que consideran tiene un impacto irreversible en el proyecto de vida de los jóvenes. Otras cuestiones, tales como el consumo de alcohol, la violencia y el suicidio aparecen en un segundo plano.

A diferencia de los otros integrantes del ministerio de salud entrevistados, el referente de salud mental advierte también el impacto que tiene en la problemática los determinantes socioeconómicos y el efectivo abordaje de los temas de salud sexual en el marco del núcleo familiar, como causas que profundizan la problemática e imposibilitan la ruptura del ciclo que repite la historia.

*El problema arranca desde los padres que no tienen la información (y/o educación) para dialogar con sus hijos, no se habla de educación sexual en muchos hogares, con las consecuencias que esto acarrea. También vemos que en general las chicas no tienen la contención necesaria porque en su mayoría son familias disfuncionales. Además hay gran deserción escolar de*

*estas chicas y si súmanos todo esto en un par de años se repite la historia nuevamente.*

Frente a ello, en lo que refiere a sus modos de abordaje, las intervenciones que se desarrollan es normativas-organizativas, y desde los efectores de salud. Solo cuando se las solicitan, se avanza con actividades extramuro, tales como talleres de educación sexual en las escuelas.

La captación de adolescentes se realiza por demanda espontánea, y aunque se señala la necesidad de trabajar e implicar a los adolescentes, mayormente se trabaja intra-servicio. Asimismo, los entrevistados muestran un amplio conocimiento teórico de diversas formas de abordaje de los adolescentes, pero no se contempla la necesidad de avanzar en el trabajo territorial, con modalidades más proactivas que involucren la prevención de la problemática detectada.

Desde el Ministerio de Educación se señala que existe un esfuerzo por contener a las embarazadas y a los padres adolescentes, y en su preparación para asumir su nuevo rol. Estas cuestiones son abordadas desde los contenidos curriculares que se desarrollan en educación física, biología y otras materias. Sin embargo, reconocen que no se instrumentan ni ejecutan en todos los casos

*En realidad por los chicos tenemos muy buena apertura, son como una esponja que absorben todo lo que se le da, pero los que ponen resistencia son los padres. Por lo cual se debe trabajar con los docentes desde un espacio curricular y evaluar cuanto de espacio le pone a todos estos temas, cuanto de libertad se le da al docente para las actividades o no.*

Por su parte, desde el Ministerio de Desarrollo Social se subraya el trabajo que se realiza desde los Centros Integradores Comunitarios (CIC), que son espacios públicos de integración comunitaria destinados a crear condiciones de inclusión social a través de la profundización del desarrollo local y la activación de recursos en poder de la comunidad. De acuerdo a los entrevistados, los CIC plantean una concepción de trabajo interdisciplinario, intersectorial y participativo, profundizando el sentido integral de las acciones de salud y desarrollo social, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades.

Asimismo, señalan que los y las adolescentes con los que se trabaja en los distintos programas son contactados a través de los comedores, del centro de promoción de desarrollo (CEPRODES), y de las secretarías de la juventud municipales.

A pesar de que desde los distintos sectores (salud, educación y desarrollo social) se menciona el trabajo realizado con adolescentes, especialmente en la problemática priorizada, en lo que respecta al trabajo intersectorial se manifiesta falta de conocimiento y cierta desconexión entre las intervenciones que realizan los distintos ministerios.

En cuanto a los resultados obtenidos y la evaluación que realizan los entrevistados, se señaló la dificultad para disminuir el embarazo adolescente.

*Hemos puesto a disposición de los adolescentes los métodos anticonceptivos, para que se cuiden. Hemos puesto en muchos lugares dispenser de*

*profilácticos para que accedan libremente sin tener que solicitar al equipo de salud -dado que muchos de ellos son tímidos. Aun así no disminuye.*

*Para mi es el embarazo adolescente, cambia el proyecto de vida de los jóvenes, y no el primer embarazo, que puede ser accidental (o buscado) pero antes de que terminen este periodo se presenta el segundo embarazo lo que les dificulta aun mas restablecer su vida social. Esto es preocupante, por eso hay que acompañar a la población. En Misiones, tenemos un 21-22 % de embarazo adolescente. Con respecto a las estadísticas de mi programa, no las tengo, porque hay muchas zonas que no informan como corresponde. (Referente de Salud Sexual)*

Las creencias desde las cuales los agentes proponen sus interacciones y los vínculos con la población adolescente dificulta la eficacia de las políticas. Con excepción de los espacios de trabajo dependientes de desarrollo social, pareciera que a pesar de la celebración de la diversidad y el respeto de la diferencia se plantearan relaciones interacciones asimétricas con los otros (en este caso, los y las adolescentes) y no complementarias<sup>15</sup>, los y las adolescentes cuando no se comportan como los agentes institucionales quieren es porque se encuentran desprovistos de saberes.

En la provincia de **Santiago del Estero** los entrevistados son menos taxativos respecto a sus definiciones sobre los y las adolescentes. Señalan una mayor disposición para la escucha y asumen cierto desconocimiento respecto a lo que los adolescentes piensan y sienten.

En cuanto a la priorización de problemáticas los distintos sectores coinciden en señalar al embarazo adolescente y a las adicciones (en especial alcoholismo y droga dependencia) como las principales problemáticas de la población adolescente.

Luego desde las diferentes áreas suman otras preocupaciones que están más asociadas con las funciones que desempeñan cada uno. De esta manera, desde el área de Desarrollo Social se subraya la droga dependencia y suicidios como preocupación central.

*...evidenciándose a menudo, a diario en los medios periodísticos como ser diarios noticieros, el tema de suicidios y si vemos son siempre chicos entre 15 y 20 años, o sea como que deberíamos pensar trabajar el tema de la drogadicción, si bien está incorporado en todos los grupos etáreos digamos pero hay un cierto impacto en los adolescentes que los lleva a esto a los suicidios de lo que estamos hablando.*

Aquellos a cargo de la educación pública también mencionan el flagelo de violencia en las escuelas y de género (abuso sexual). Los efectores que se encuentran en los servicios de salud mencionan, además, a la accidentología; y, por último, referentes de las

---

<sup>15</sup> Tomamos la noción de complementariedad, en la que un sujeto completa y complementa el saber de otro y adaptamos la noción en simetría en la que los saberes de una y otra parte interactúan de Bateson 1999. En este caso, dado que el adolescente pareciera ser una tábula rasa no parece existir siquiera una complementariedad rígida y cronificada.

organizaciones de la sociedad civil señalan la deserción escolar y la falta de oportunidades para el desarrollo académico y laboral.

En lo que respecta a la modalidad de abordaje y de las intervenciones concretas, los funcionarios de sistema sanitario manifiestan la intención de trabajar intersectorialmente, intentando *“instalar la idea de transversalidad e integralidad de las acciones que ligan al adolescente con el sistema sanitario”*. Así, por ejemplo, llevan adelante trabajos comunitarios con distintos talleres en el área de comedores:

*En donde no sólo buscamos que los chicos se alimenten, sino en poder, hemos empezado a trabajar con la comunidad y que si bien esa comunidad muchas personas que están al frente de comedores son de asociaciones*

También realizan un trabajo conjunto con CICs y con los educadores de salud en las Unidades Primarias de Atención de la Salud (UPAS). En este sentido, el funcionario a cargo de las UPAS señala la necesidad de dar visibilidad a la problemática adolescente para que los equipos de salud se la apropien y comiencen a trabajarla. Asimismo menciona el ensayo de acciones novedosas, ligado a un abordaje más territorial.

*Hay que buscar mecanismos distintos, es decir ir hacia, quizás la UPA usa la casa de una adolescente embarazada para que invite a todas sus amigas que no están escolarizadas a recibir la charla, es la forma en que estamos trabajando.*

En esta dirección, también se menciona el trabajo con escuelas y las Plazas Saludables. Sin embargo, varios entrevistados identifican como gran desafío la necesidad de trabajar en la formación de los recursos humanos que atienden a los adolescentes, capacitándolos para el abordaje de la problemática, compleja y específica, que presenta esta población.

*el sistema de salud sobre todo del primer nivel, está formado por médicos de familia en su mayoría, estos no tienen tanta accesibilidad para la problemática básica del adolescente, que sería el tema de adicciones de sexualidad, depresión, drogodependencia, violencia escolar, violencia en las calles, y básicamente también la familia, el hogar.*

Asimismo, esto se encuentra íntimamente ligado a otro gran problema del sistema sanitario actual e importante desafío que los referentes de salud entrevistados reconocieron: *“brindar a los adolescentes la voz necesaria para poder expresarse desde lo que ellos visualizan en los procesos salud enfermedad”*.

Por ello, desde el ministerio de salud se señala la necesidad de extender y profundizar la atención integral a esta población por fuera de los servicios de atención a adolescentes. Se sugiere como desafío del sub programa de atención integral a la adolescencia, la tarea de incorporar el enfoque de transversalidad e integralidad en las acciones que se desarrollan para responder a la amplia variedad de cuestiones que ligan a los adolescentes con el sistema sanitario.

*Si bien es cierto que la mirada que han tenido los servicios es hacia situaciones puntuales, tales como problemas ligados al género, violencia hacia la mujer, el embarazo adolescente, queda un grupo de problema relacionados a la salud del adolescente, que no está siendo abordado.*

*Creo que los perfiles en los servicios integrales van en vía de construcción y hay algunos ítems o algunas aristas que no están siendo todavía tenidos en cuenta. Si uno ve las estadísticas de lesiones directas de los adolescentes, ve las estadísticas de mortalidad, ve la casuística de la consulta de los adolescentes, no de los servicios sino en general, en todas las instituciones sanitarias de la provincia, vamos a ver que hay problemas que tienen una carga específica estadísticamente alta y que no están siendo atendidos.*

Sin embargo, los efectores del sistema sanitario dejan entrever la falta de recursos, especialmente de profesionales capacitados para abordar la problemática de la población adolescente

*...tenemos una sola psicóloga que se encarga de las consultas por demanda, digamos consultas por consultorio externo, se encarga de las inter-consultas de la sala y se encarga ahora de recibir pacientes desde otras instituciones, una sola persona que no está full time no puede encargarse de todo. En algún lado vamos ha hacer agua por eso te digo por ahí recursos humanos educadora sanitaria no estamos teniendo.*

Por su parte, la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia, se asume como órgano responsable de implementar el sistema de protección integral de derechos de esta población, acorde con la Ley 6.915 (correlato local de la Ley 26.061). Por ello destacan la necesidad de interactuar y articular con otros ministerios, en tanto se conciben como organismo articular del sistema. Su trabajo, en mayor parte, se concentra en el abordaje de los casos de violencia y de asistencia a menores en conflicto con la ley, alcoholismo y abuso de alcohol y sustancias.

Sin embargo, la articulación se concibe sólo desde el abordaje de cada caso en particular, y no se piensa en el diseño e implementación conjunta de acciones promocionales o preventivas.

*Y nosotros lo que hacemos es articular con el organismo que es el que tiene la función de ocuparse de atender la salud. Se cursan las notas o los trabajadores de acá van a ver los temas de articular con la gente de adicción en el programa de prevención de adicciones de la provincia, en otros tipos de patologías. Si vos ves que una familia por iniciativa propia no lo hace y son familia de alta vulnerabilidad social, se los gestiona y se le hace un acompañamiento muy personalizado... digamos con esa obligación que tienen, de mantenerlos en un estado saludable a los chicos.*

En esta provincia se identifica, tanto en los espacios de salud como en los de desarrollo social, un esfuerzo por buscar modelos y procedimientos que mejor se adapten a las necesidades de la población y la necesidad de generar estrategias para tener un mejor conocimiento de sus demandas.

En el caso de la provincia de **Tucumán** los entrevistados poseen una imagen de la población adolescente como “*más vulnerable, especialmente por la falta de conciencia frente a los riesgos y por la resistencia a reconocer sus propias problemáticas*”. Las problemáticas adolescentes identificadas como más preocupantes y coincidentes fueron las adicciones, el suicidio y el embarazo adolescente, luego se mencionaron los trastornos alimentarios, la violencia y maltrato, y el abuso sexual. Por último también se mencionó al aborto y las enfermedades de transmisión sexual por aquellos referentes que ven estas problemáticas diariamente por las funciones que desempeñan.

*“No hemos podido bajar el egreso hospitalario por abortos. La población juvenil está en riesgo en estas cuestiones. Tenemos que trabajar más intersectorialmente y más fuerte en la promoción y prevención” señalan una médica especialista en tocoginecología.*

Los integrantes de los sectores de Salud, Educación y Desarrollo Social coinciden en la necesidad de mejorar la salud materno infanto juvenil y las condiciones de acceso a la misma. En este contexto, todos acordaron en la integralidad que requiere el abordaje de la atención a este grupo etéreo, y en la necesidad de un espacio diferenciado de atención y de recursos humanos para tal fin, como así también la actualización permanente del mismo. Si bien las instituciones cuentan con profesionales de las distintas disciplinas, consideran la necesidad de aumentarlos y capacitarlos para el accionar cotidiano con adolescentes.

La metodología mencionada para abordar e intervenir de modo concreto en las problemáticas señaladas incluye capacitaciones a los recursos humanos del sistema de salud, la elaboración de estrategias para los problemas específicos, el desarrollo de mesas intersectoriales, y la realización de jornadas y talleres para la población adolescente.

Desde el Ministerio de Educación se subraya la falta de acompañamiento desde el Estado para el abordaje de las problemáticas emergentes y de dispositivos y políticas públicas puntuales que contemplen determinadas situaciones. Por ejemplo “*adicciones, situación de calle ligada al trabajo infantil, analfabetismo, espacios de atención de la salud adolescente, espacios de participación adolescente en temas de ciudadanía, derechos y responsabilidades o actividades de desarrollo de potencialidades recreativas y culturales*”, manifestó el funcionario.

Por último, desde la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia, ubicada en el Ministerio de Desarrollo Social, se comparan las viejas intervenciones, propias del paradigma del Patronato, donde se tendía a institucionalizar a los chicos en situación de calle, con el nuevo enfoque que incorpora la Ley 26.061, que pone el acento en el fortalecimiento familiar.

Asimismo, se manifiesta tener *“muy buena intervención en los momentos difíciles pero se nos dificulta el seguimiento de los casos”*. Por lo que se infiere que es necesario ampliar las estrategias de inserción comunitaria.

También señalan la necesidad de incluir a los adolescentes en los programas de salud. Aunque manifiestan que se realiza captación de adolescentes con capacitaciones, promotores comunitarios, y trabajando articuladamente con el Ministerio de Desarrollo Social. Aún así refieren que *“hay trabajar en embarazo no planificado (no solamente darle un anticonceptivo) y también en adicciones y suicidio”*

Parte de los entrevistados reconocen que esta población llega a la atención por demanda espontánea, en tanto desde el sistema sanitario no se realizan acciones de búsqueda activa, y las articulaciones con los ministerios de educación y desarrollo social tampoco prevén la captación de demanda. A ello se suma la escasez de información y la falta de acompañamiento de los padres a la hora de acceder a los servicios de salud, afirman. Asimismo, los entrevistados del sector destacan la falta de espacio físico adecuado y de buenas condiciones edilicias para la atención de esta población.

Asimismo se señala como deseable la intersectorialidad y se da cuenta de acciones realizadas de manera conjunta. Se plantea la necesidad de promover la inclusión social de los y las adolescentes en situación de riesgo implementando estrategias tendientes a la detección, promoción y prevención de situaciones problemáticas, mediante la interacción de los distintos sectores.

Tanto los funcionarios de salud como los del sector educativo señalan la necesidad de continuar capacitando a docentes y profesionales de la salud en el abordaje de la salud sexual, las adicciones y el suicidio.

La provincia muestra actores e instituciones que trabajan para dar visibilidad y abordar la problemática que aqueja a los adolescentes. Y, aunque la mayor parte de los entrevistados subraya la importancia y la necesidad del trabajo intersectorial, y efectivamente en cierta medida lo realizan (por ejemplo mediante mesas intersectoriales a nivel ministerial), en la práctica al evaluar los resultados parecen considerarlas aun insuficientes.

En la provincia de **Catamarca** se entrevistó a los actores involucrados en un marco de transición política. En marzo del 2011 se realizaron las elecciones provinciales, ganando las mismas la línea política opositora a la gobernante y el traspaso de gobierno se realizó en diciembre de ese año. Por lo tanto, en el momento de las entrevistas varios de los funcionarios sabían que su mandato estaba próximo a concluir, y en algunos casos dificultó o interfirió el desarrollo de las mismas.

De esta manera, como primera observación general se identifica que muchos de los actores se sitúan con una mirada desde el afuera, enunciando problemas y desafíos pero sin involucrarse en la problemática, y ya con escasa apropiación de la temática y de la responsabilidad de brindar respuesta a la misma.

Desde esa distancia, los entrevistados del sector de Salud en su caracterización del adolescente y su acceso al sistema de salud mencionaron la existencia de barreras institucionales que dificultan o impiden que esta población llegue a la consulta, entre ellas: el horario de atención, no contar con una tarea sistematizada en un espacio físico amigable, la ausencia de trabajo de equipo e intersectorial, la poca capacitación en el abordaje específico de esta población, dificultades económicas para el traslado, y el desconocimiento de lo que ofrece el sistema de salud de la provincia.

Asimismo, los entrevistados expusieron aquellas características particulares de los adolescentes que actúan como barreras, entre ellas: el minimizar los problemas, la exposición a riesgos y la falta de conciencia, las fantasías que el servicio de salud despierta en ellos, la vergüenza de acercarse al centro de salud del barrio porque es conocido por el equipo tratante, y desconocer que la salud es su derecho.

Respecto de los principales problemáticas de la población adolescente, los entrevistados coincidieron en su mayoría en señalar a las adicciones, el suicidio y el embarazo adolescente. Asimismo, y más ligado a las funciones que desempeña cada entrevistado, varios mencionaron el maltrato y abuso sexual, los accidentes, los problemas vinculares (con la familia) y la ausencia de proyectos para realizarse.

Frente a las barreras mencionadas, los entrevistados señalaron diferentes acciones e intervenciones concretas que se vienen desarrollando desde el Ministerio de Salud, como ser la creación de los consultorios de atención integral amigables para los adolescentes que impulsa el Programa de Adolescencia, con un equipo coordinador en el Hospital Interzonal de Niños y buscando referentes en las diferentes áreas programáticas para conformar una red. El Hospital, por su parte, ha trabajado en equipo en este proyecto y ha colaborado en la intervención con la comunidad: participa en la radio abierta "Radio en La Plaza" desde hace dos años. Es una actividad que se realiza semanalmente en la Plaza central, y se llevan a cabo tareas de promoción y prevención en salud dirigidas a los adolescentes que se auto convocan en la misma.

Asimismo, desde el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable se señala el trabajo de concienciación de la población sobre el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo se plantea el problema y desafío que implica llegar a toda la población sexualmente activa, en especial la llegada a la población escolarizada. Para ello señalan la necesidad de diseñar e implementar intervenciones en forma conjunta con equipos de salud sexual integral, que actúen como contención en el ámbito educativo.

Desde el Ministerio de Desarrollo Social, los entrevistados resaltan el trabajo que realizan con los adolescentes en conflicto con la ley, para los que "se conformaron el consejo para la niñez y trabajamos con referentes provinciales". Esta priorización focaliza las intervenciones y articulaciones del ministerio en el ámbito más judicial. Algunos entrevistados mencionan la ausencia de una mirada más integral de la problemática del adolescente.

*Dentro de la Institución misma trabajamos a través del centro de orientación familiar la revinculación familiar. Desde las instituciones se trabaja el tema de salud física y salud mental. Hay médicos que coordinan talleres que abordan diferentes temáticas y hacen controles de salud.*

*Las (acciones) que tienen mejor resultado son las que trabajamos en red. Tuvimos una nena con patología borde-line, se articuló con salud mental, atención primaria, etc. Se trabaja muy bien en red con asistencia a la víctima.*

Asimismo, desde los espacios de Educación y también algunos trabajadores del sector Salud refieren como indispensable la inclusión de los adultos responsables y la familia en el trabajo para abordar al adolescente Así como

*garantizar la educación, garantizar los espacios no formales que están vinculadas con el arte con lo creativo, lo que responde a salud y a prevención de salud es algo que tenemos que articular con salud.*

En cuanto a la intersectorialidad se señala su deficiencia o carencia.

*Una de las carencias que tiene el sistema en Catamarca es que no hay articulación, hace falta una cultura de la articulación que acá en Catamarca no existe, se hace de una manera muy rudimentaria, cuando se logra articular no hay persistencia en el tiempo, se hace en un contexto, y no como una actividad sistemática, creo necesitamos agregar esta cultura que fundamentalmente tiene que ver con la visión integradora y con el aprovechamiento de los recursos. (Salud mental)*

Los entrevistados dan cuenta de esfuerzos aislados y de algunas acciones innovadoras, acomodándose a la idiosincrasia de la comunidad con escasos recursos económicos. Asimismo, advierten que la falta de costumbre de trabajo intersectorial puede obstaculizar el trabajo transversal en equipo, lo cual a su vez dificulta la comunicación y difusión de las acciones que cada organismo desarrolla.

Finalmente, como desafío pendiente y una recurrencia en casi todos los entrevistados, se enuncia la falta de capacitación del personal a cargo, para abordar al adolescente tanto desde lo preventivo como desde lo asistencial. Asimismo los entrevistados manifiestan la intención de modificar esto y de haber comenzado con capacitaciones al respecto.

En la provincia de **Jujuy** los entrevistados sostienen posturas de garantes de los derechos sociales y en particular, de los derechos de los sujetos.

*“El objetivo general de la es favorecer la salud y el acceso a la salud de la población de mujeres, niños y adolescentes de la provincia de Jujuy (Dirección General de Maternidad e Infancia)*

*“El objetivo es el tema de la restitución de derechos y el tema de la promoción de los derechos del niño, eso sería el objetivo general que se persigue. (Coordinación de Programas de Secretaria de Niñez Adolescencia y Familia)*

Los entrevistados asumen una perspectiva de derechos y de determinantes sociales de la salud.

*“Es ejecutar una política de estado, de manera que niños, niñas, jóvenes y adultos mayores encuentren un espacio donde recrear actividades que no solo mejora su condición física sino además busca integración, formación y recuperación de valores como la solidaridad que nos vayan ayudando a construir una sociedad, a partir del deporte con mayor calidad de vida” (Dirección de Deportes)*

*El respeto, la solidaridad, la participación incluso el reconocimiento de la diferencia es oportunidad para evitar la discriminación que es un tema bastante conflictivo y que se da en la escuela la discriminación.” (Ministerio de Educación)*

Asimismo, la perspectiva de género y transgénero aparece manifiesta según los lugares profesionales de los informantes, que están estrechamente vinculados a programas y servicios de salud sexual y reproductiva y ausente en los demás.

En cuanto a sus problemáticas principales señalan el embarazo adolescente, suicidio, adicciones, son problemas que se visibilizan como prioritarios en todas las áreas de gestión.

*El problema de embarazo es lo más visible, es verdad que hay embarazo precoces, que están siendo...., tenemos una niña, hay un pedido de becas para niñas que tienen embarazo precoz para que continúen, estudiando, no dejen y también, hay niñas de asistencia”(Ministerio de Educación)*

*“Mirá en el área se han dado casos de muertes infantiles de las adolescentes. Pero por ahí es difícil que vayan temprano al control precozmente, algunas lo ocultan o por esa situación, por el embarazo, sí, vienen de otra lugar, a la casa de alguien y no vienen acá al Centro de Salud. Si nosotros sabemos de alguna de ellas, el equipo o alguien va buscarlos, o el agente sanitario te avisa, contamos con esa colaboración..... Hay chicos que por ahí no tienen para una buena alimentación, pero no solo por hábito sino por situación económica y no pueden tener una buena salud, aprender mejor (1er nivel)*

Tal como se desprende de los testimonios, el embarazo en adolescentes consecuenciales es abordado desde una estrategia sanitaria que intenta disminuir abortos, mortalidad materna y la mortalidad infantil, y también desde sus aristas sociales tales como la discriminación, abandono escolar y de alteración de proyecto de vida que provoca. Los funcionarios y efectores concuerdan en su percepción acerca de la magnitud del embarazo en adolescentes. En términos generales señalan que se ha incrementado en los menores de 15 años.

Para lograr la convocatoria e involucrar a las y los adolescentes en sus proyectos de salud son múltiples las estrategias mencionadas, coincidiendo varias instituciones relevadas, con la utilización de un dispositivo de carácter territorial (tutores, promotores y operadores comunitarios).

Con respecto de las intervenciones concretas, los entrevistados en su mayoría señalan aquellas orientadas a la promoción de la salud, y en específicamente los entrevistados de servicios de salud señalan más a la prevención y la atención.

Todos enfatizaron la importancia de la atención sin turnos. Más allá de los informantes del sector de salud, todos coincidieron como dispositivo fundamental, la predisposición de los profesionales a que los atienden, calidez del trato, la escucha y no hacerlos esperar.

*“..si el está rodeado de una cáscara de rebeldía es porque tiene motivo para ser así, puede ser que los adultos generamos esta actitud, pero cuando al adolescente le demos el espacio, el dialogo la palabra y le valorás su esquema, encontramos en dos segundo un adolescente diferente.”(Ministerio de Educación)*

*“Tenemos una filosofía ya desde el PAIA, de que el adolescente no, no va a venir a las 6 de la mañana a sacar turno,... hay que esperar toda la mañana que lo atiendan como hacen en los otros servicios, entonces tenemos una actitud de atenderlos inmediatamente en el momento en que lleguen, con su problemática, es, de decir, no dejar que esa decisión de tomar una consulta se pierda, no? Porque es decir, si le decimos tenés que venir el lunes no viene más, en el mismo momento tratamos de atender, tenemos esa disposición con los adolescentes. (3er nivel)*

El trabajo intersectorial, interdisciplinario y en red, es señalado y valorado por gran parte de los entrevistados.

*Trabajamos con el Ministerio de Desarrollo Social, la Dirección de la Niñez, siempre trabajamos conjuntamente porque tenemos casos que nos requieren a distintos ministerios. Con educación también, aunque un poco menos. (Dpto. de Salud Mental)*

En cuanto a los resultados obtenidos consideran muy importante contar con servicios integrales para adolescentes, y de equipos profesionales (constituidos por médicos, psicólogos, asistentes sociales, educadores para la salud, obstétricas, comunicadores sociales, abogados).

Para la atención en el sector salud, los tres informantes en sus respectivos niveles, institucionalizaron consultorios de adolescencia, antes de 2007, que en algún momento tuvieron carácter diferenciado e integral, pero por cuestiones organizativas, de recursos humanos, no se mantuvieron como tales.

*Bueno...yo digo que bueno, estamos hace muchos años, cambiamos la modalidad de específico a atención integral. Se los atiende en todos los servicios, somos un equipo abierto, Todavía falta, no todo el equipo esta tan receptivo, pero se los atiende con afecto. Nos mandan de otros centros de salud a que se vengan atender aquí. Como lugar físico está preparado, faltaría reconocimiento de horas, porque salimos a las escuelas, tenemos tres escuelas primarias y una secundaria, la ETP, la Escuela Técnica Provincial, y los talleres, los encuentros, son en otros horarios diferentes a los que tenemos de atención. Ahora tenemos residentes, estamos trabajando con la residencia del hospital de niños que con ellos nos ayudamos más. (1er nivel)*

*el primer consultorio de adolescentes fue acá en este hospital, que era atendido por la Dra..... y por mí, fue voluntarioso y bueno se frustró... y*

*bueno hubo problemas de los... problemas de los seres humanos. (2do nivel)*

Desde la prevención y promoción de la salud los informantes se refirieron más a acciones de carácter formativo y de la promoción comunitaria y de la participación juvenil en las acciones de prevención.

Lo interesante de estos testimonios es que los adultos no sólo se posicionan como transmisores de información sino que hablan de un acercamiento a los jóvenes para comprender lo que les está pasando, cuáles son sus perspectivas, sus temores, entendiéndose que las necesidades de los adolescentes simultáneamente es una responsabilidad de ellos como adultos. Casi todos los entrevistados plantearon la falta de información y educación sexual de los y las adolescentes así como la educación para la prevención de otras problemáticas de la salud de las y los adolescentes desde el ámbito formal de educación como una cuestión aun no resuelta.

En **Chaco** las políticas sanitarias dirigidas a adolescentes de modo específico son muy recientes. Desde la Dirección Materno infantil, que depende de la Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud, destacan que es difícil entender el abordaje de la salud adolescente de forma integral y que están avanzando sobre acciones promoción.

*En realidad es como que esta como el paisaje, el adolescente está y bueno es una etapa del crecimiento pero es como que no evidencia excepto la droga, el alcohol o el embarazo adolescente, evidencia como que no tienen problema entonces para salud no pasa a ser un problema.*

De esta manera parece percibirse que la problemática adolescente se presenta en el sistema de salud solo en situaciones conflictivas.

En este contexto, y tal como se destaca el nivel central, en los espacios de atención primaria se señala que el suicidio, el consumo de alcohol y sustancias y el embarazo adolescente son las principales causas de preocupación,

*acá en el barrio tenemos varios suicidios y hay bastante drogadicción también. Hoy sin más atendí una chica de 18 años que la vi por primera vez y es adicta a la cocaína aparentemente está embarazada o sea que si tenemos eso, tenemos.*

Para abordar estas cuestiones el nivel central de salud plantea que es necesario sensibilizar al propio sistema de salud sobre el modo de abordaje de la problemática

*se han tratado de hacer algunas estrategias desde el punto de vista de salud de que justamente las autoridades vayan asumiendo que es realmente un problema y que el problema no está en simplemente, primero como llegarle al adolescente, porque estamos hablando de una población sana que*

*generalmente no asiste a los centros asistenciales donde podemos hablar de salud entonces primero que las autoridades vayan entendiendo ese tema y después tratar de comenzar a salir a la comunidad ya sea a la sociedad o donde se nuclea mucho los adolescentes que son los sistemas educativos.*

En el caso del sector de Educación se señala también la dificultad de trabajar en la sensibilización de sus docentes.

*Ahí se plantea y esto es personal a lo mejor algunos docentes coinciden con nosotros y otros no pero por ejemplo digo que una debilidad que está dando vuelta en nuestra educación de jóvenes y adultos es el tema específico de la falta de educación sexual integral es decir no estamos preparados los docentes, quienes tenemos algunos años, los institutos no nos prepararon para esto, los nuevos está yendo y a medias, o sea nos está faltando mucho así que esa llegada significa mucho. Es como que estamos acostumbrados a que bueno vamos a dar educación sexual integral vamos a dar educación sexual entonces yo le decía la vez pasada a mis colegas “no podemos bajar con lo que nos enseñaron 20 años atrás” es totalmente distinto, las partes del cuerpo no es sexualidad, así que pero bueno es una debilidad que inclusive desde el ministerio se está trabajando mucho lo que pasa es que nos cuesta a la hora de presentarlo en el campo de acción los padres todavía no saben de que se trata, es como que es un trabajo por ahí vamos a los adolescentes pero nos está faltando lo anterior, nos faltan los docentes, y los padres.*

En el plano de intervenciones concretas, el trabajo comenzó en 2010 desde el abordaje de salud sexual y reproductiva.

*Nosotros teníamos la ley de salud sexual y reproductiva de la provincia pero en los hospitales zonales estaba marcado a fuego que a todo adolescente no se le podía entregar métodos anticonceptivos si no estaba la mamá presente entonces eso también motivó muchas charlas y discusiones,*

Por su parte, desde el Ministerio de Educación se han realizado acciones de búsqueda activa de población en riesgo.

*...este grupo, del que no tuvieron oportunidad en la vida de recibir la escolaridad en el tiempo en que está programado, gente de 14 años que no sabe leer y escribir y que va a la escuela porque los fuimos a buscar.*

Para las poblaciones señaladas se destaca la importancia del trabajo conjunto e intersectorial de salud, educación y desarrollo para la búsqueda activa de los grupos en riesgo. Con esta articulación, señalan, se han obtenido resultados en la disminución de las barreras al acceso debido a condiciones socio-económicas y se ha logrado acercar a los centros de salud a la población femenina.

*incluso las mamás que son de escasos recursos están acostumbradas a venir al centro de salud y por detrás sus hijas con la primera menstruación no creo que haya una barrera*

Por otro lado se señala la necesidad de avanzar en acciones de incidencia desde la animación sociocultural.

### **Breves conclusiones**

Uno de los desafíos del mapeo de actores realizado es lograr poner en diálogo y tensión las actuales aproximaciones teóricas sobre la adolescencia con las prácticas y representaciones de los agentes que llevan adelante las políticas provinciales. Para facilitar este ejercicio, se desarrolló la siguiente matriz de análisis.

Desde este análisis pueden observarse algunos hiatos entre la enunciación de los derechos de las y los adolescentes por parte de los entrevistados y las prácticas concretas tendientes a garantizárselos.

La mirada sobre las representaciones que los funcionarios y funcionarias y las y los agentes provinciales tienen sobre los y las adolescentes permite ver la poca incidencia de los pronunciamientos o enunciados. Por lo referido en los testimonios, entendemos que el enfoque de derechos poco nos dice acerca del contenido de las políticas y su ejecución efectiva.

Con excepción de Santiago del Estero las y los entrevistados conciben los problemas desde la carencia de saberes o la poca o nula disposición para ser receptivos a la información por parte de los y las adolescentes. Ninguno se cuestiona el porqué de la renuencia de las y los adolescentes a cambiar conductas o comportamientos de riesgo y parecieran creer en la relación directa entre acceso a la información y cambios en la conducta.

Salvo algunas acciones en Chaco, Catamarca y Santiago del Estero, la prevención y promoción encarada de forma interministerial es casi nula.



	<b>Misiones</b>	<b>Santiago del Estero</b>	<b>Tucumán</b>	<b>Catamarca</b>	<b>Jujuy</b>	<b>Chaco</b>
<b>Representaciones y creencias</b>	Adolescente como tábula rasa	Disposición para la escucha, asunción de cierto desconocimiento respecto a lo que los adolescentes piensan y sienten	Percepción del adolescente como falta de conciencia ante los riesgos	Existencia de barreras institucionales. Concepción de las y los adolescentes minimizan los problemas y se exponen a riesgos	Sostienen posturas de garantes de los derechos sociales e individuales	Conciben difícil extender la perspectiva de atención integral en la adolescencia
<b>Prioridades</b>	Embarazo no deseado. Alcohol, suicidio y violencia en segundo plano	Embarazo adolescente y adicciones	Adicciones, suicidio y embarazo adolescente. En segundo plano los trastornos alimentarios, la violencia y maltrato, y el abuso sexual	Adicciones, el suicidio y el embarazo adolescente. Ligado a las funciones que desempeña cada entrevistado: maltrato y abuso sexual, los accidentes, los problemas vinculares	Embarazo adolescente, suicidio, adicciones	Suicidio, consumo de alcohol y sustancias y embarazo adolescente
<b>Modos de abordaje</b>	Normativo organizativo	Desde las incumbencias y funciones de cada área	Capacitaciones a los recursos humanos del sistema de salud, la elaboración de estrategias para los problemas específicos, el desarrollo de mesas intersectoriales	Concienciación sobre riesgos a los y Las adolescentes	Involucrar a las y los adolescentes en sus proyectos de salud	Sensibilizar al sistema de salud y a los educadores

<b>Intervenciones concretas</b>	Demanda espontánea. Mirada intra-servicio.	Búsqueda activa de adolescentes. Formación de los recursos humanos para el abordaje de la problemática	Atención por demanda espontánea, en tanto desde el sistema sanitario no se realizan acciones de búsqueda activa	Creación de los consultorios de atención integral amigables. Estrategia de captación activa	Promoción de la salud y el área específica de salud más a la prevención y atención. Atención sin turnos.	Abordaje de salud sexual y reproductiva. Búsqueda activa de poblaciones en riesgo
<b>Trabajo intersectorial</b>	Desconexión entre las intervenciones	Se intenta instalar la idea de transversalidad de las acciones	Señala como deseable. Se da cuenta de acciones realizadas de manera conjunta a través de mesas de trabajo	Advierten que la falta de costumbre de trabajo intersectorial puede obstaculizar el trabajo transversal en equipo	Presente en la mayoría del discurso de los entrevistados	Búsqueda activa de los grupos en riesgo.
<b>Resultados obtenidos</b>	Dificultad para disminuir el embarazo adolescente	Crecimiento de consultas	Trabajo intersectorial, acciones aun insuficientes	Se observa aún falta de capacitación	Apertura de servicios de atención integral	Disminución de que las barreras al acceso debido a condiciones socio-económicas

Sólo Santiago del Estero manifestó la necesidad de escuchar por boca de los propios adolescentes cuáles son sus necesidades respecto de la salud. Esto implica que quienes han sido entrevistados entienden la relación con los y las adolescentes de manera asimétrica y no se problematiza sobre los modos en los cuales formar a los y las adolescentes en el ejercicio de sus derechos.

Los entrevistados, desde sus enunciaciones respecto de la falta de información o de cuidado de las y los adolescentes y en el planteo de la necesidad de acciones normativas, se sitúan como poseedores de saber y los entienden como desprovistos del mismo, lo cual les impide elaborar estrategias para promover la participación y el involucramiento por parte de los y las adolescentes en la elaboración de las políticas que los tienen como protagonistas. El indicio más claro de este posicionamiento es el establecimiento de la “demanda espontánea” como estrategia de contacto con las poblaciones en riesgo, en lugar de plantearse acciones de búsqueda activa, el establecimiento de redes y la creación de vínculos comunitarios.

Si bien todos los entrevistados manifiestan un conocimiento de las leyes y lo que las mismas garantizan, es difícil ver el camino seguido para transformar esas leyes en acciones positivas que garanticen a los y las adolescentes su derecho a la ciudadanía, es decir: establecer una continuidad entre la asunción del derecho a la cosa y la garantía de la cosa concreta.

Para quienes así se posicionan, en algunos casos, la asunción de estas nuevas leyes podría ser la mera asunción de una “identidad estratégica”, capaz de otorgarle legitimidad de “especialista” o “experto” dentro del propio sistema de salud. Pero poco parece cambiar respecto de las antiguas formas de entender los vínculos entre el sistema de salud y la comunidad.

Podríamos inferir entonces del trabajo de entrevistas a los funcionarios y agentes de salud que lo que se ha desarrollado hasta ahora es un proceso de sucesivas sedimentaciones acrílicas de concepciones contrapuestas, desde las que los efectores y decisores de salud van conformando el modo en el que asumen sus roles dentro del sistema.

El riesgo de no hacer una revisión crítica de tales sedimentaciones en cuanto a procesos que van conformando el sentido común profesional, puede hacer a los decisores creer hablar por las y los adolescentes y/o en nombre de ellos/as sin escucharlos ni hacerlos partícipes de las discusiones ni debates. Y ello, aunque es un mecanismo retórico verosímil en algunos foros, no desplaza los modos de funcionamiento de lo que suele llamarse el “modelo hegemónico de salud”, sólo cambia sus significantes y no garantiza los derechos de las y los adolescentes.

Entendemos que una aproximación a las instituciones y sus integrantes en el cruzamiento con la opinión de los y las adolescentes contribuirá al debate sobre las formas emergentes de intervenir en la(s) adolescencia(s).

Por ello a través de las encuestas realizadas se brindará una clara panorámica de lo que los adolescentes conocen, la información que poseen, las conductas que realizan.

Ello nos ofrece pistas y señala senderos que nos permitan alejarnos del sentido común, de las interpretaciones evidentes a la hora de dar cuenta de las prácticas y experiencias de las y los adolescentes respecto a su salud.

Es parte de un esfuerzo por profundizar el abordaje analítico sobre este grupo etéreo y a partir del entrecruzamiento del análisis de las representaciones de los agentes de salud y las respuestas de las y los adolescentes, avanzar en el proceso de garantizar derechos y en desarmar ejercicios corporativos o arbitrarios de poder.

# Capítulo 7

## Necesidades y Acceso a la Salud, a partir de la Voz de los y las Adolescentes<sup>16</sup>

*Daniel Maceira y Marilina Urrutia*

### 7.1.- Introducción

En términos generales, y como se planteara en el marco teórico de esta investigación, establecer parámetros de acceso a servicios de salud plantea un análisis bidireccional, donde la estructura de las necesidades interactúa con la oferta institucional. Por una parte, la percepción de enfermedad, y la valoración de la prevención como herramienta para proteger la salud ante el evento de la enfermedad corresponden a una conducta de los usuarios, definiendo una demanda efectiva en el sistema de salud. Por otra parte, esta necesidad traducida en demanda encuentra en la oferta institucional el vehículo para ser satisfecha, definiendo el acceso a los servicios.

Sin embargo, el análisis bidireccional encuentra espacios de influencia mutua que requieren de una mirada compleja, especialmente en la población adolescente.

La falta de conocimiento sobre cómo traducir síntoma en enfermedad requiere de un acompañamiento médico para orientar la consulta. Por tanto, la demanda efectiva necesita de un proceso de acercamiento de la oferta para traducirse en una intervención efectiva y oportuna.

En particular, la población adolescente plantea un desafío adicional, en tanto requiere, -aunque no demande- de orientación tanto del sistema de salud como del entorno familiar, comunitario y escolar que le permitan identificar necesidades no sólo de atención, sino también de información.

En ocasiones, particularmente en áreas económicamente más relegadas -aunque ello no es excluyente-, el contexto no necesariamente acompaña este aprendizaje. El adolescente, incorporándose a la vida adulta enfrenta nuevas situaciones que requieren de apoyo del contexto, no sólo del sistema institucional de salud. En la medida en que no lo consigue entra en conflicto con el entorno, busca soluciones o fugas, generando a su vez nuevos eventos de necesidad.

El presente capítulo busca identificar el vínculo del adolescente con su entorno, las condiciones del contexto en el que se desenvuelve, la naturaleza de sus necesidades y cómo ellas se traducen en diferentes medidas de acceso al sistema de salud y de respuestas por parte de su entorno social. La información presentada resume algunas de las respuestas recibidas por el equipo de investigación de parte de los adolescentes concurrentes a escuelas públicas secundarias en seis provincias del norte argentino (Catamarca, Chaco, Jujuy, Misiones, Santiago del Estero y Tucumán).

---

<sup>16</sup> Este capítulo fue realizado en base a la información recogida en escuelas secundarias de las seis provincias seleccionadas para el estudio. La misma responde al esquema metodológico presentado en el capítulo anterior. Se agradecen los aportes de Sofía Olaviaga y particularmente de Beatriz Cerrizuela (Jujuy), Cecilia Chami y Gisella Chamud (ambas de Santiago del Estero), Alicia Díaz (Misiones), Liliana Ensisa (Chaco), Alicia Saad (Tucumán) y Mariela Vázquez (Catamarca), quienes llevaron a cabo el trabajo de campo en las escuelas provinciales. La responsabilidad por las opiniones vertidas en esta sección es de exclusiva responsabilidad de los autores.

La metodología desarrollada, así como los instrumentos utilizados fueron discutidos en la sección quinta. Es relevante destacar que la selección de departamentos y escuelas públicas en cada provincia permite lograr representatividad de los adolescentes escolarizados, a diferente escala poblacional de su lugar de residencia. Ello excluye, sin embargo, dos grupos de jóvenes. En primer lugar, aquellos con concurrencia a instituciones de educación privada, cuyas respuestas pueden o no coincidir con las recibidas en la esfera pública. En segundo lugar, el estudio no captura a los jóvenes que no participan en el sistema educativo formal, con realidades y necesidades no necesariamente coincidentes con las reflejadas en este estudio.

La siguiente sección presenta algunas Tablas resumen que identifican el contexto de referencia de los adolescentes en cada provincia estudiada. Las variables seleccionadas incluyen características del hogar tales como miembros de la familia con los que conviven, participación de la madre como jefa de hogar en los hogares de los adolescentes encuestados, así como el nivel educativo alcanzado por la cabeza de familia.

A partir de ello, la sección tercera de este capítulo presenta los resultados alcanzados mediante las encuestas acerca de la auto-percepción de necesidades, auto-percepción de condiciones de salud y los problemas más frecuentemente identificados, para luego avanzar en el conjunto de conductas desplegadas para hacer frente a tales necesidades. Como en estudios anteriores, las temáticas vinculadas con sus relaciones sexuales y el conocimiento de métodos anticonceptivos, el tratamiento de adicciones y problemas de peso, así como el fenómeno de la depresión –todas ellas asociadas con los vínculos entre el adolescente y su entorno– constituyen los temas principales de preocupación de estos jóvenes. La sección tercera repasa el estado de situación en estos casos, para luego –en la sección sexta– establecer indicadores de acceso a servicios de salud y la percepción por parte de los adolescentes, en términos de calidad, precio y oportunidad de los mismos.

Las secciones quinta y séptima se reservan para el análisis econométrico que propone estimar modelos de conducta y determinantes de acceso de los adolescentes a una gama de servicios seleccionados, y que permiten, más allá del análisis bi-variado, avanzar en una explicación multi-causal del fenómeno de acceso a la salud de los jóvenes que componen la población objeto de este estudio.

Finalmente, la octava sección resume los resultados obtenidos y abre la discusión a la luz de los resultados alcanzados en la sección anterior.

## **7.2.- Estadísticas Descriptivas. Contexto Familiar**

Las Tablas presentadas a continuación nos permiten definir en términos generales las características de los hogares cuyos adolescentes participaron en el estudio. La primera de ellas, (Tabla 7.1) presenta para el total y desagregado por provincia, la composición familiar, en tanto que las siguientes indagan sobre quién es el jefe del hogar y el nivel educativo alcanzado por el mismo (Tablas 7.2 y 7.3, respectivamente).

Aproximadamente un 91% de los/as adolescentes viven con su madre, con variaciones mínimas entre provincias (93,46% en Chaco y 89,46% en Catamarca). La presencia del padre es significativamente menor en estos hogares, con un promedio de 69,36%, cercana a una relación de cuatro a uno. El 81% de los adolescentes tienen hermanos.

Menos del 8% de los/las adolescentes participantes conviven con las parejas de sus padres, siendo la provincia de Catamarca aquella donde esta característica toma un valor máximo de 12%.

Un 1,44% de los/as jóvenes (75 de 4.760 adolescentes) viven con sus hijos, siendo Jujuy y Catamarca donde este grupo cuenta con mayor representatividad relativa, con 2,48% y 2,56% (25 y 17 adolescentes), respectivamente. Solamente 8 jóvenes reportan vivir solos, y 101 viven con personas que no pertenecen al grupo familiar directo.

**Tabla 7.1.**  
**Miembros del Hogar de la Población Adolescente, por Provincia**

Provincia		Vive con...											
		madre	padre	hermanos	padrastra	madrastra	abuelos	tios	hijos	pareja	amigo	otros	solo
Tucumán	no.obs.	839	710	769	48	12	216	122	9	6	21	20	0
	%	93,22	78,89	85,44	5,33	1,33	24	13,56	1	0,67	2,33	2,22	0
Misiones	no.obs.	781	575	683	62	15	101	61	6	11	8	13	2
	%	90,6	66,71	79,23	7,19	1,74	11,72	7,08	0,7	1,28	0,93	1,51	0,23
Chaco	no.obs.	800	586	665	67	12	113	50	6	9	8	14	2
	%	93,46	68,46	77,69	7,83	1,4	13,2	5,84	0,7	1,05	0,93	1,64	0,23
Jujuy	no.obs.	906	674	828	60	5	185	148	25	22	12	29	3
	%	89,79	66,8	82,06	5,95	0,5	18,33	14,67	2,48	2,18	1,19	2,87	0,3
Catamarca	no.obs.	594	435	540	64	17	128	100	17	10	7	14	1
	%	89,46	65,51	81,33	9,64	2,56	19,28	15,06	2,56	1,51	1,05	2	0,15
Santiago del Estero	no.obs.	840	645	761	41	8	166	92	12	10	13	11	0
	%	89,84	68,98	81,39	4,39	0,86	17,75	9,84	1,28	1,07	1,39	1,18	0
Total	no.obs.	4.760	3.625	4.246	342	69	909	573	75	68	69	101	8
	%	91,08	69,36	81,25	6,54	1,32	17,39	10,96	1,44	1,3	1,32	1,93	0,15

La Tabla 7.2., por su parte, reporta las respuestas recibidas por los adolescentes a la pregunta sobre quién es el jefe de hogar. Si bien más del 90% reporta vivir con su madre y 70% con el padre, al momento de establecer la jefatura del hogar, la presencia masculina sigue siendo superior, con el 56% de los respondentes, en tanto el 34% identifica a la madre como cabeza de familia.

Entre ambas respuestas se alcanza el 90% de la población encuestada. Los extremos se encuentran en Tucumán, donde los jóvenes muestran un 61,44% de sus hogares encabezados por el padre, y en Jujuy, con el 37,16% en manos de las madres. Por su parte, los mínimos se registran en Catamarca, con 49,32% de los hogares con jefe masculino, y Tucumán, con 27,78% con jefe femenino.

**Tabla 7.2.**  
**Jefe de Hogar del Adolescente, por Provincia**

PROVINCIA		JEFE DEL HOGAR										Total
		madre	padre	hermano/a	padrastra	madrastra	abuelo/a	tío/a	mi pareja	yo	otros	
Tucumán	no.obs.	200	446	21	11	0	27	9	0	3	3	720
	%	27,78	61,94	2,92	1,53	0	3,75	1,25	0	0,42	0,42	100
Misiones	no.obs.	228	434	13	19	4	21	8	4	5	4	740
	%	30,81	58,65	1,76	2,57	0,54	2,84	1,08	0,54	0,68	0,54	100
Chaco	no.obs.	257	388	7	20	2	22	9	4	4	1	714
	%	35,99	54,34	0,98	2,8	0,28	3,08	1,26	0,56	0,56	0,14	100
Jujuy	no.obs.	311	429	9	20	2	40	12	6	7	1	837
	%	37,16	51,25	1,08	2,39	0,24	4,78	1,43	0,72	0,84	0,12	100
Catamarca	no.obs.	205	290	12	28	3	30	17	2	1	0	588
	%	34,86	49,32	2,04	4,76	0,51	5,1	2,89	0,34	0,17	0	100
Santiago del Estero	no.obs.	343	502	18	13	0	34	18	1	1	1	931
	%	36,84	53,92	1,93	1,4	0	3,65	1,93	0,11	0,11	0,11	100
Total provincias	no.obs.	1544	2489	80	111	11	174	73	17	21	10	4530
	%	34,08	54,94	1,77	2,45	0,24	3,84	1,61	0,38	0,46	0,22	100

Cabe destacar que en 17 ocasiones (0,38% de la muestra) el/la jefe/a de hogar es la pareja del adolescente encuestado, y en 21 ocasiones (0,46%) es el/la mismo/a joven el/la cabeza de familia reportado.

Por su parte, la Tabla 7.3 establece la educación del/la jefe/a de hogar del adolescente. El 62% de los y las adolescentes presentan cabezas de hogar con estudios primarios completos o secundarios. El 16,34% de los hogares cuentan con un jefe de hogar con estudios universitarios completos, en tanto sólo 11,54% de las familias se encuentran encabezadas por personas con estudios incompletos a nivel primario.

Se identifican fuertes diferencias al interior de las provincias seleccionadas en términos de nivel de educación alcanzado para la muestra de estudiantes de escuelas públicas. En el caso del Chaco, el peso de los jefes de hogar con estudios de posgrado supera la media, con 5,86%, con una diferencia de 1,89% con respecto al promedio del grupo. Paralelamente, más de un cuarto de las cabezas de familia tienen estudios universitarios completos, contra 11,65% y 12,69% en las provincias de Misiones y Tucumán respectivamente. El nivel de estudios que responde a la mediana del conjunto encuestado es el secundario completo, con 22,97% del total. Solo 69 jefes de hogar no tienen instrucción formal (nunca fue a la escuela).

**Tabla 7.3.**  
**Educación del Jefe de Hogar del Adolescente, por Provincia**

PROVINCIA	Nunca fue a la escuela	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundario incompleto	Secundario completo	Terc o Univ incompleto	Terc o Univ completo	Posgrado	Total
Tucumán	9	86	212	109	173	52	96	2	739
<i>no.obs / %</i>	1,22	11,64	28,69	14,75	23,41	7,04	12,99	0,27	100
Misiones	15	108	188	138	177	40	89	9	764
<i>no.obs / %</i>	1,96	14,14	24,61	18,06	23,17	5,24	11,65	1,18	100
Chaco	11	57	120	124	141	59	195	44	751
<i>no.obs / %</i>	1,46	7,59	15,98	16,51	18,77	7,86	25,97	5,86	100
Jujuy	16	144	194	164	166	41	113	15	853
<i>no.obs / %</i>	1,88	16,88	22,74	19,23	19,46	4,81	13,25	1,76	100
Catamarca	6	40	78	86	151	53	103	5	522
<i>no.obs / %</i>	1,15	7,66	14,94	16,48	28,93	10,15	19,73	0,96	100
Santiago del Estero	12	85	193	162	227	47	140	10	876
<i>no.obs / %</i>	1,37	9,7	22,03	18,49	25,91	5,37	15,98	1,14	100
Total	69	520	985	783	1035	292	736	85	4505
<i>no.obs / %</i>	1,53	11,54	21,86	17,38	22,97	6,48	16,34	1,89	100

### 7.3.- Necesidades de Salud de los Adolescentes

Claramente, la población adolescente no se asocia con la presencia de bajos umbrales de riesgo sanitario, al menos desde una perspectiva clínica. Tanto la percepción de salud de esta población, como las dolencias o problemas de salud declarados corresponden a perfiles de baja necesidad del sistema.

Sin embargo, las diferencias de conducta entre las necesidades reportadas y las razones de consulta, así como las preocupaciones de adolescentes en materia sanitaria, revelan ciertas prioridades a tener en cuenta al momento de diseñar estrategias de inclusión de los y las adolescentes al sistema de salud.

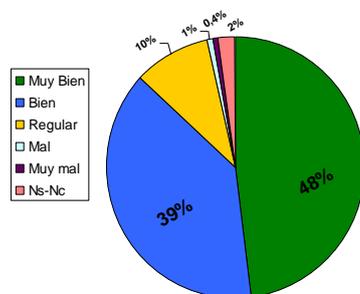
Estas prioridades no parecen encontrar aún un ámbito de interacción claro, de acuerdo al análisis desarrollado en el capítulo previo, cuando se interpela a los referentes de la estructura. Esta necesidad de recrear un espacio de encuentro entre el sistema y la adolescencia se evidencia también en las respuestas de los y las jóvenes, con poca

referencia a las instituciones del sistema sanitario (como también el educativo) al momento de buscar un interlocutor a sus dudas.

Esta sección propone identificar la arena donde el vínculo entre la adolescencia y el sistema de salud se vinculan, diferenciando entre percepción de salud y necesidad de consulta; entre esta necesidad y la visita efectiva al sistema sanitario, y finalmente, entre la necesidad y la preocupación sobre temáticas específicas. Esto último permite identificar necesidades concretas desde la valoración de la juventud, más allá de su perfil epidemiológico. Ello avanza sobre la estructura de prioridades de este grupo etéreo y quienes se constituyen en referentes de consulta.

En primer lugar, la Figura 7.1. corrobora que aproximadamente la mitad de la población adolescente de la muestra estudiada autocalifica su estado de salud como “muy bueno” (48%), y un 87% lo considera “muy bueno o bueno”. Sólo un porcentaje menor al 12% califica su status como “regular, malo o muy malo”.

**Figura 7.1.**  
**Percepción de Estado de Salud, Total Provincias**



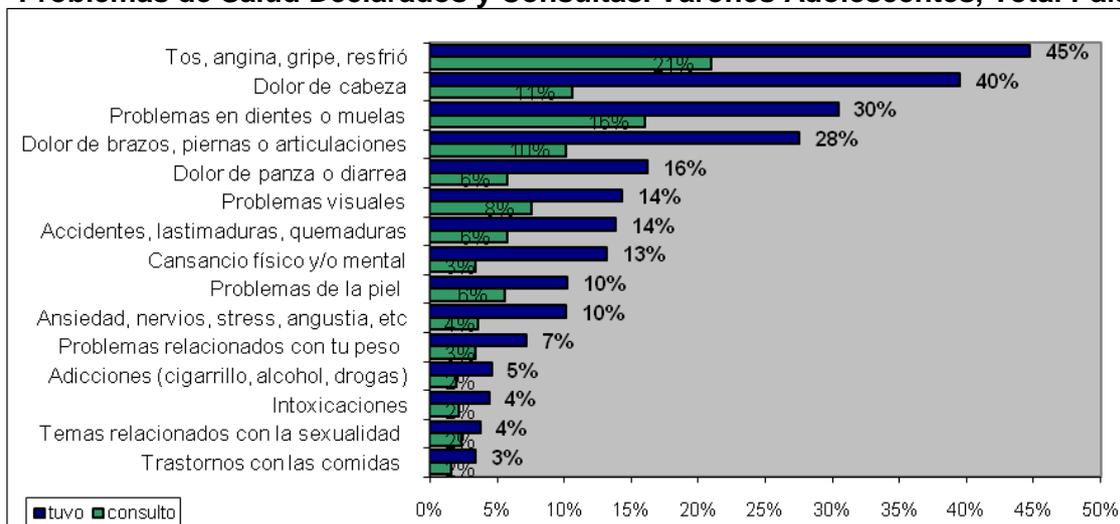
El problema de salud más común entre jóvenes, para ambos sexos, es “tos, angina, gripe o resfrío”, con una incidencia del 45% entre los varones y del 50% en mujeres adolescentes. Tanto en uno como en otro caso, los jóvenes que consultan no alcanzan a la mitad de los que reportan un problema. Esta relación se mantiene constante a lo largo de los inconvenientes de salud considerados. Algunas excepciones a esta regla se asocian con consultas específicas, tales como salud bucal, visual y dermatológica. En los tres casos y para ambos sexos, la tasa de consultas sobre problemas reportados supera marginalmente el 50%, y en proporciones similares. Asimismo, tanto el número de reportes de problemas como el de consultas efectivas son mayores entre las jóvenes adolescentes que entre los varones. Esta información se refleja en la Figura 7.2 y 7.3 para hombres y mujeres, respectivamente.

Problemas asociados con salud bucal son reportados por el 30% de los varones y el 36% de las mujeres, con tasas de consulta del 16% y 20%, respectivamente. En términos de salud visual, 21% de las jóvenes identifican problemas, aunque solamente un 11% se traduce en consultas, siendo estos porcentajes del orden del 18% y 8% respectivamente para los hombres. Finalmente, problemas cutáneos son declarados por 10% de los adolescentes y 14% de las adolescentes, con tasas de consulta del 6% y 8% respectivamente.

Accidentes, quemaduras y lastimaduras constituye uno de los pocos rubros donde el reporte masculino supera al de las jóvenes adolescentes, siendo de 14% entre los varones y 11% en mujeres. Ello se repite en el grupo de enfermedades “sociales” vinculadas con adicciones, donde los hombres superan a las jóvenes en una relación de 5% a 3%. Dentro de este grupo de problemas de salud, de segundo orden en las escalas presentadas en las Figuras por sexo, se encuentran los cuadros de ansiedad y angustia (10% de los varones y 19% de las mujeres), seguidos por problemas de peso

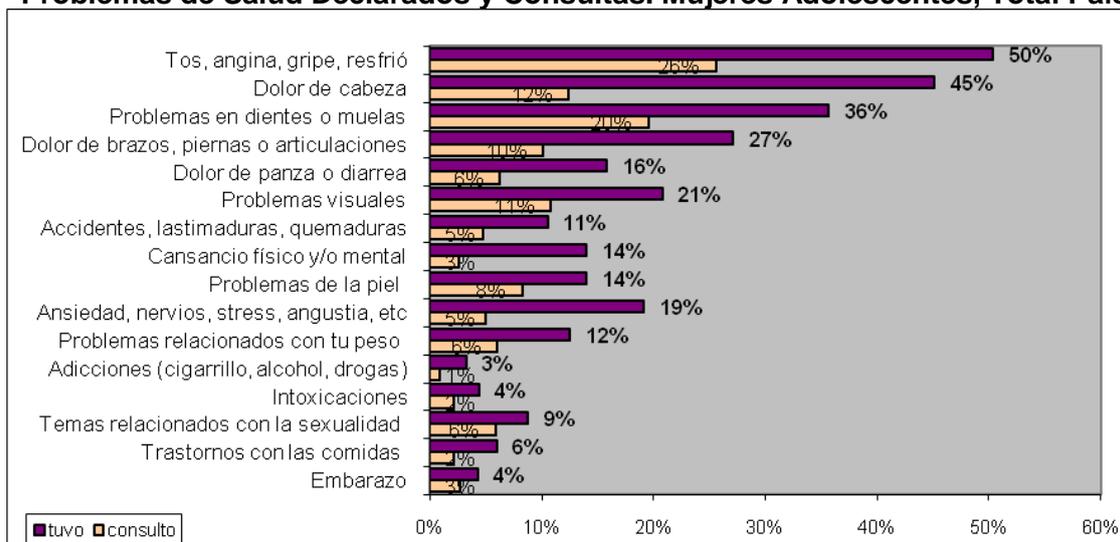
(7% y 12%, respectivamente), y trastornos en las comidas (3% y 6%, respectivamente).

**Figura 7.2**  
**Problemas de Salud Declarados y Consultas. Varones Adolescentes, Total País**



Finalmente, sólo el 4% de los adolescentes reportan haber tenido un problema vinculado con sexualidad, siendo la tasa de consultas cercana al 50%. Paralelamente, esta línea de requerimientos de atención asciende al 13% entre las jóvenes, con una tasa de consulta del 9% (70%).

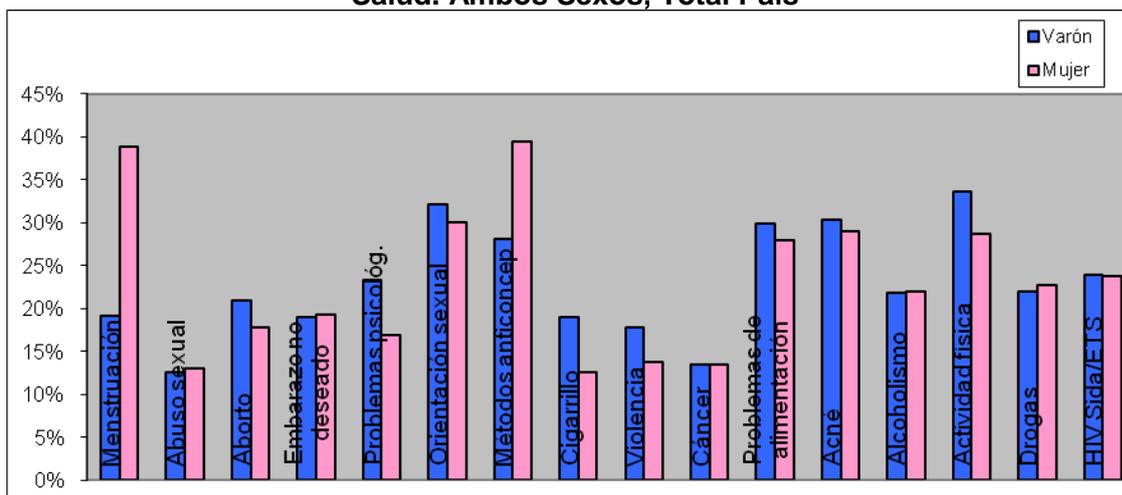
**Figura 7.3**  
**Problemas de Salud Declarados y Consultas. Mujeres Adolescentes, Total País**



La brecha entre la necesidad concreta y la preocupación (reflejo de prioridades individuales para el/la adolescente) se hace evidente en la comparación entre lo presentado en el análisis de las Figuras previas y los resultados obtenidos del estudio de las “preocupaciones” de los y las jóvenes entrevistados, y que se resume en la

Figura 7.4 presentada a continuación. La Figura se construye con la suma de respuestas positivas válidas por sexo y por temática, de modo tal que tópicos más votados reflejan mayor importancia para este grupo etéreo. Salvo contadas excepciones, se observa que las preocupaciones de ambos sexos son similares, tanto en relevancia absoluta como relativa, desafiando algunos preconceptos.

**Figura 7.4**  
**Temáticas de Salud que Preocupan y se han Hablado con Profesionales de Salud. Ambos Sexos, Total País**



Las temáticas de “anticoncepción” y “menstruación” concitan la atención de un porcentaje entre el 35% y el 40% de las adolescentes, siendo este último tópico el que muestra la mayor brecha entre varones y mujeres. En tercer lugar, temáticas de “orientación sexual” muestran un 30% de respuestas positivas de las adolescentes. Por su parte, los varones en conjunto identifican como las temáticas prioritarias aquellas vinculadas con “actividad física” y “orientación sexual”, con un 32/33% de incidencia, al tiempo que cuestiones como “alimentación” y “acné” se ubican a continuación, con un peso relativo del 30% de interés para el grupo de referencia estudiado.

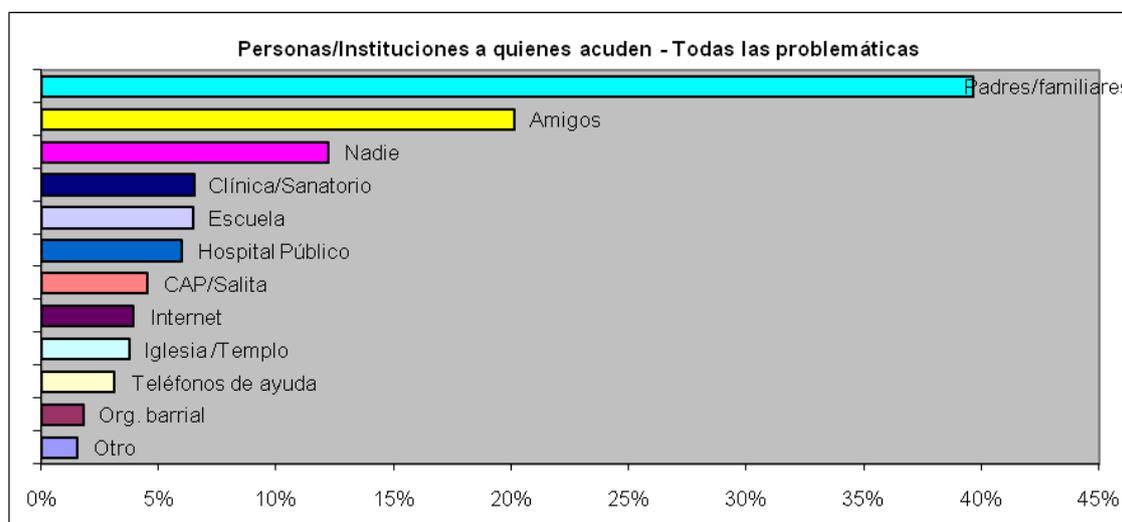
Las temáticas de adicciones se encuentran ubicadas en rangos de interés similar entre varones y mujeres adolescentes. Tanto el alcohol como las drogas muestran aproximadamente un 22% de incidencia en el mapa de preocupaciones adolescentes, de ambos sexos, en tanto que el cigarrillo presenta una brecha 18%-12% entre los jóvenes y las adolescentes.

Paralelamente, el peso de las problemáticas de violencia reflejan mayor sensibilidad entre las jóvenes (17% versus 13% de los varones). Las temáticas de abuso sexual, por el contrario, encuentran a ambos sexos con igual participación porcentual, y cercano al 13% de las opiniones consideradas bajo este estudio.

Finalmente, la Figura 7.5 revela quienes son las fuentes de consulta ante las problemáticas mencionadas, encontrando a los padres y familiares como la más significativa, con 40% de los adolescentes identificándolos como tal, y duplicando al grupo siguiente, los amigos, que escolta con un 20% aproximadamente. En tercer lugar, los y las jóvenes adolescentes afirman no recurrir a “nadie”, con un 12,5%, y a partir de lo cual se ubican otras fuentes institucionales de asistencia social (hospitales, clínicas y médicos, centros de atención primaria, escuelas, organizaciones barriales y la iglesia).

La suma de todas las fuentes institucionales de salud alcanza un 18% solamente, en tanto que 7% de los y las adolescentes involucran a la escuela como espacio de consulta. Más abajo, se ubican las búsquedas de Internet y las organizaciones barriales, con 4% y 2% de incidencia, respectivamente.

**Figura 7.5.**



La información presentada permite abrir una discusión sobre el concepto de “acceso” de los/as adolescentes al sistema de salud.

En la medida que este grupo social se caracteriza por niveles bajos de morbilidad, y los motivos de enfermedad son de baja complejidad de atención, la definición de acceso deja de vincularse necesariamente con aspectos de capacidad física o clínica de atención, avanzando en un terreno más complejo. El mismo se relaciona con la capacidad del sistema de orientar la pregunta y canalizar la inquietud de jóvenes ante problemáticas sociales vinculadas con la salud.

Desde esta perspectiva, la relativamente baja incidencia del sistema sanitario formal en los espacios de consulta de los y las jóvenes, muestra un área vacante para el desarrollo de un vínculo más estrecho, de confianza entre individuos con necesidades de información y contención, y el sistema de salud. El análisis de estos resultados, contrastados con el material presentado en la sección previa, puede vincularse a la presencia de barreras culturales. La brecha de acceso involucra el conocimiento del idioma del paciente.

#### **7.4.- Conductas de autoprotección sanitaria adolescente, propias y del entorno**

En la sección anterior se identificó percepción de salud, problemas prevalentes y búsqueda de ayuda y asistencia en jóvenes escolarizados en seis provincias del norte argentino. A partir de la discusión presentada, se abre un espacio para el análisis de cómo el/la adolescente incurre en conductas de riesgo, y cómo el entorno genera un ámbito que limita tales conductas o las neutraliza.

Esta sección avanza en esa dirección, presentando para un grupo de conductas específicas (con respecto al sexo, el consumo de tabaco, alcohol y alimentos), y las reacciones y estímulos del entorno familiar y social. A partir de ello se ensayan una serie de estimaciones multivariadas que permiten avanzar desde una perspectiva cuantitativa en la explicación de fenómenos vinculados: determinantes de hábitos de

autoprotección (o a la inversa, conductas de riesgo), temas que preocupan a las/os jóvenes sobre su salud y necesidades percibidas de atención.

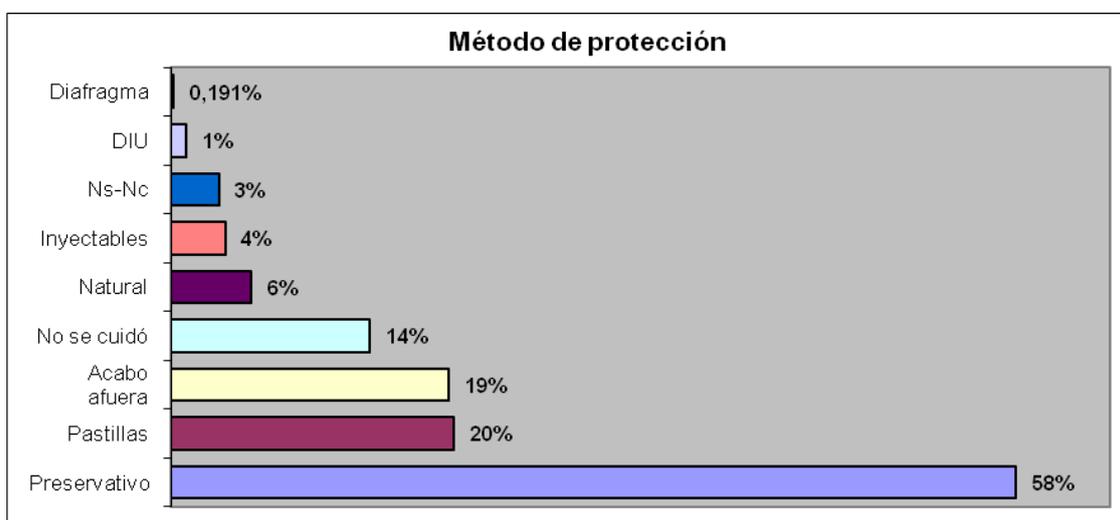
#### 7.4.1.- Conductas propias

##### 7.4.1.1.- Sexo: estrategias de protección y conocimiento

Los y las adolescentes argentinos, de acuerdo a la información recogida, utiliza el preservativo como principal método anticonceptivo, representando el 58% de las respuestas positivas recibidas. En segundo lugar, con más de treinta puntos porcentuales por debajo, se encuentran las pastillas anticonceptivas con 20%, quedando los inyectables, DIU y diafragma con un peso conjunto de 6% aproximadamente.

El 25% explicitan mayores niveles de desprotección (método natural o eyacuación externa, con 6% y 19% respectivamente), quedando el 14% de los/as adolescentes sin cuidado en sus relaciones sexuales recientes.

**Figura 7.6.**



Del total de adolescentes encuestados, aproximadamente un cuarto de ellos reportaron contar con alguna experiencia sexual, lo que constituye aproximadamente unos 1100 jóvenes (Tabla 7.4). De ese total, el 75% de los varones declaró tener acceso a preservativos, bajando ese porcentaje a 67% cuando se trata de mujeres.

Tales porcentajes, sin embargo, no son homogéneos entre provincias. En el caso de las adolescentes de Jujuy, la mitad de las jóvenes no ha accedido a un preservativo, contrastando con Misiones, donde ese porcentaje supera el 80%. En el caso de los varones, el límite inferior se presenta en Catamarca (la única provincia donde las adolescentes muestran mayor tasa de uso que los varones), con 64%, En tanto, que Misiones y Chaco constituyen las jurisdicciones con mayor uso de estos mecanismos anticonceptivos, con el 84%, 30% por encima de la realidad catamarqueña. La información recogida también muestra que el uso de preservativos aumenta con la edad, hallándose una diferencia de 10% entre mayores y menores de quince años, independientemente del sexo.

**Tabla 7.4.****Uso de preservativos en adolescentes (por sexo, provincia y edad)**

Provincia	Varón			Mujer		
	Tuvo Sexo	Acceso Preservativos	%	Tuvo Sexo	Acceso Preservativos	%
Tucumán	168	115	68%	119	73	61%
Misiones	192	162	84%	158	130	82%
Chaco	219	184	84%	185	142	77%
Jujuy	150	99	66%	180	94	52%
Catamarca	159	102	64%	149	103	69%
Sgo del Estero	206	156	76%	187	117	63%
<b>Total</b>	<b>1094</b>	<b>818</b>	<b>75%</b>	<b>978</b>	<b>659</b>	<b>67%</b>

Edad	Varón			Mujer		
	Tuvo Sexo	Acceso Preservativos	%	Tuvo Sexo	Acceso Preservativos	%
<=15 años	346	234	68%	177	105	59%
>15 años	695	542	78%	787	544	69%
<b>Todas edades</b>	<b>1094</b>	<b>818</b>	<b>75%</b>	<b>978</b>	<b>659</b>	<b>67%</b>

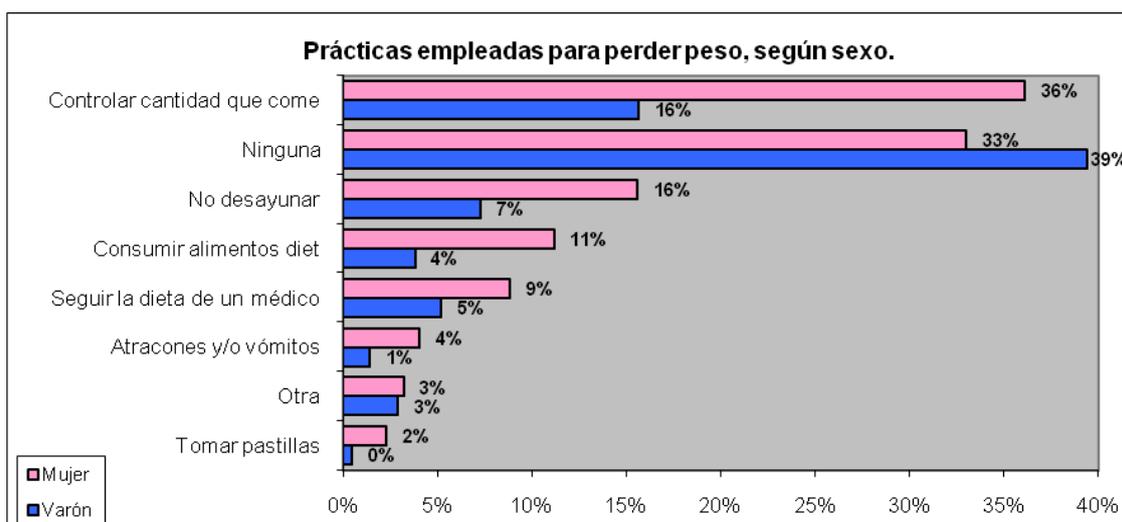
**7.4.1.2.- Adicciones: Prevalencia de Tabaco y Alcohol. Prácticas para perder peso**

El 82% de los adolescentes encuestados reportaron no fumar, 15% lo hace algunos días y un 3% declara hacerlo habitualmente todos los días. Las diferencias no son estadísticamente significativas entre sexos. La edad más frecuente para iniciarse en el cigarrillo es los 13 años, donde se concentra el 23% de jóvenes, seguido por los 12, 14 y 15 años, con 14% de incidencia en cada caso.

Paralelamente, el consumo de alcohol reportó ser frecuente en un 2% de los casos, en tanto 18% declara hacerlo “de vez en cuando”, lo que contrasta con el consumo de fin de semana del 31% de las respuestas válidas en la encuesta. La información recogida refleja que aproximadamente la mitad de los jóvenes no consumen alcohol en absoluto. 85% de los que declararon tomar alcohol dicen no haber perdido nunca el control debido a ello, 8% reportan 1 vez, 4% entre dos y tres veces, y 3% refieren a más de tres veces haber perdido el control por consumo de bebidas alcohólicas. Marginalmente, la probabilidad de ser varón adolescente y perder el control es positiva, aunque con diferencias relativamente bajas entre sexos.

La preocupación por temas vinculados al peso se presenta claramente con mayor incidencia en las mujeres adolescentes, donde sólo un tercio declara no hacer nada, contra 39% en los varones de su edad. 36% de las mujeres implementan cierto control en la ingesta de alimentos, valor que se reduce al 16% entre los jóvenes de sexo masculino. Acciones directas tales como no desayunar o consumir productos “diet” representa un 30% de las adolescentes mujeres y 11% de los varones, aunque la presencia de dietas conducidas por profesionales de la salud tienen una incidencia sensiblemente menor, siendo del 9% y 5% entre jóvenes mujeres y hombres respectivamente. Finalmente, declaran recurrir al vómito como mecanismo de control de peso sólo un 4% de las adolescentes y 1% de los jóvenes. El 2% de las mujeres declaran recurrir a las pastillas para lograr pérdida de peso.

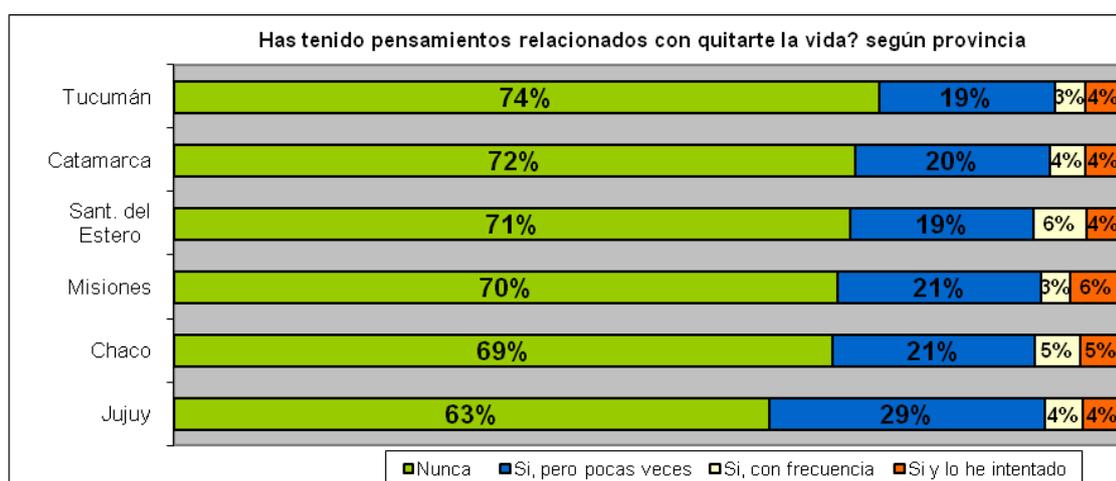
**Figura 7.7.**



### 7.4.1.3.- Suicidio y lesiones

La información recogida a través de encuestas a adolescentes también permitió conocer la presencia de riesgos de lesiones y pensamientos vinculados con quitarse la vida. Las dos Figuras siguientes reflejan los resultados alcanzados para cada uno de esos casos. Discriminado por provincia, la Figura 7.8 identifica este último fenómeno, donde la idea de suicidio se encuentra ausente del pensamiento del 70% de los y las jóvenes, siendo una idea tomada con frecuencia en un promedio del 4,16%. La incidencia de estas categorías no muestra grandes variaciones ente jurisdicciones. Llamativamente, la proporción de jóvenes que efectivamente intentaron suicidarse es mayor que aquellos que recurren a este pensamiento con frecuencia (4,5%). En ambas categorías, la presencia femenina es mayor, representando el 60% de los casos.

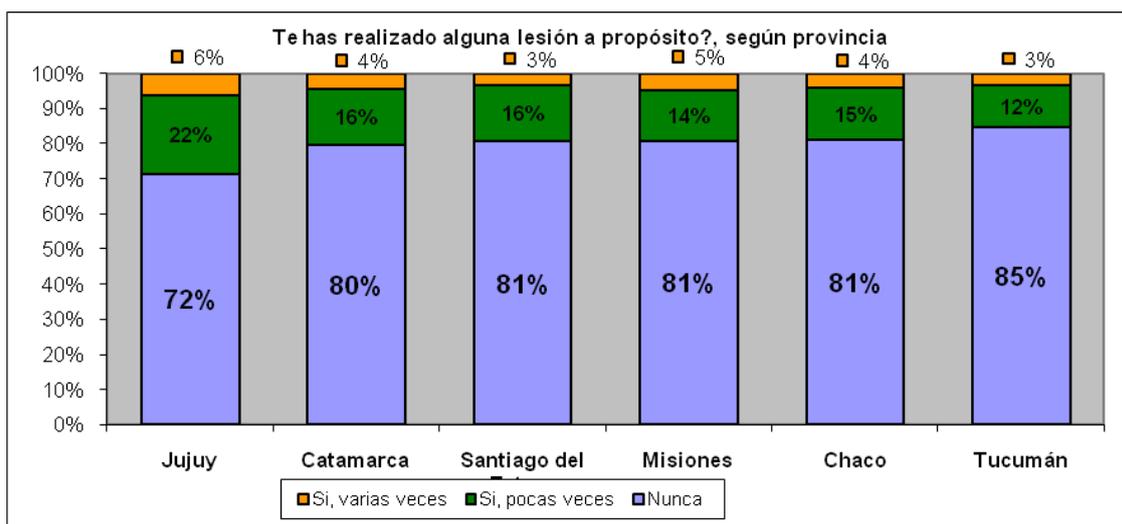
**Figura 7.8.**



Contrariamente a lo expuesto, las lesiones auto infringidas cuentan con una frecuencia significativa entre los y las adolescentes, con marcadas diferencias entre provincias. La Figura 7.8 muestra los resultados obtenidos, con una brecha que duplica la

incidencia entre las provincias extremas. Las seis provincias estudiadas reflejan una participación promedio de lesiones frecuentes de 4,5%, en tanto que la frecuencia promedio de lesiones ocasionales voluntarias es del 16%. Particularmente, Jujuy con 6% de adolescentes mostrando lesiones voluntarias frecuentes y 22% de presencia ocasional, representan casi un 30% de jóvenes recurriendo a estas conductas. En el extremo opuesto se encuentra Tucumán con una presencia del 15% entre lesiones frecuentes y esporádicas.

**Figura 7.9.**



#### 7.4.2. Conducta de los otros: Trato en el hogar

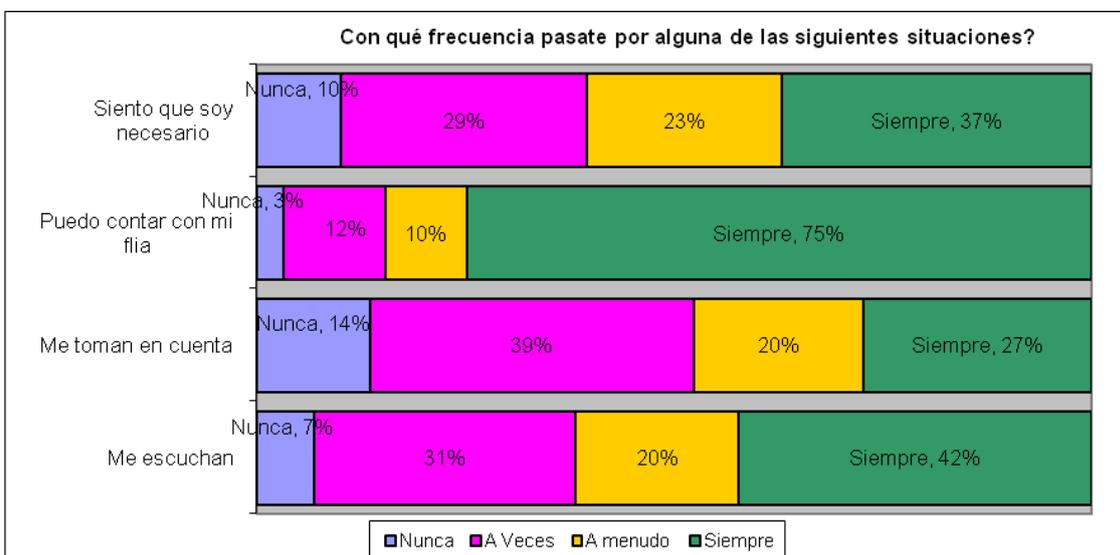
La familia es no sólo el espacio vincular más relevante de los adolescentes, sino también y marcadamente, la fuente principal de información y apoyo en temáticas vinculadas con la percepción de salud. La encuesta desarrollada refleja que la familia es el espacio de consulta predominante ante la identificación de problemas de salud, por lo que la naturaleza del vínculo adolescente-círculo familiar de algún modo influye en la conducta sanitaria de cuidado y percepción de necesidad.

La presente sección presenta dos Figuras que pueden utilizarse como trazadoras para analizar el vínculo familiar de los y las jóvenes. En el primer caso, se indaga sobre la integración del círculo familiar, y la percepción que sobre tal integración tiene el adolescente. Para una serie de cuatro preguntas, se indaga sobre la frecuencia del suceso (sentirse necesario, ser escuchado, contar con la familia, ser tomado en cuenta), a lo que se responde con cuatro opciones de inclusión (siempre, a menudo, a veces, nunca). Como contracara, y con igual metodología, se aborda la relación del adolescente con su familia en situaciones negativas (falta de diálogo, recibir insultos, etc.). Las Figuras 7.10 y 7.11 resumen los resultados alcanzados para el total de las provincias y escuelas bajo estudio.

En el primer caso (Figura 7.10), el 75% de los y las adolescentes declaran “poder contar” con su familia, y sólo un 3% indica no hacerlo. Sin embargo, la percepción de “ser escuchados” es relativamente baja (42%), no alcanzando a la mitad de los jóvenes encuestados. En este caso, 31% refiere que ello ocurre “a veces” y 7% declara que nunca sucede. En esta dirección, el porcentaje de jóvenes que siempre se sienten necesarios se acerca al tercio (37%), en contraposición a un 10% para los cuales ello nunca ocurre.

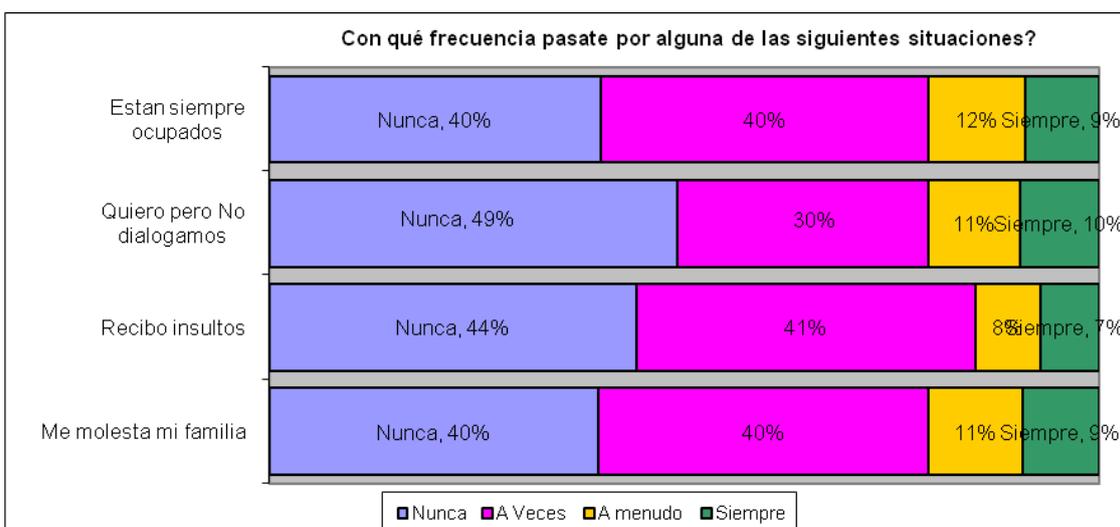
Finalmente, al preguntársele al/la joven si es tomado en cuenta, la respuesta más frecuente es “a veces”, con cuatro de cada diez jóvenes viéndose identificados con esa situación. Sólo 27% entienden que ello ocurre siempre, en tanto que 14% declaran que nunca son considerados.

**Figura 7.10.**



En contraposición, casi el 50% de los jóvenes quieren establecer un diálogo familiar pero nunca lo encuentran en sus casas, y sólo 10% entienden que ello siempre ocurre. El 20% de los y las jóvenes manifiestan que sus familias los molestan siempre o a menudo, en tanto que el 7% recibe sistemáticamente insultos por parte de su entorno familiar. Esta información será posteriormente utilizada para explicar conductas de riesgo de los jóvenes.

**Figura 7.11.**



## 7.5.-Conductas: Análisis Multivariado

En las secciones previas de este capítulo se han identificado pautas de hábitos y conductas de los/as adolescentes, temáticas sanitarias que les preocupan y problemas de salud que han motivado la consulta en el sistema. En todos los casos, se buscó caracterizar el vínculo entre este grupo etéreo particular y el sistema sanitario, tratando de establecer los enlaces existentes entre las conductas adolescentes y el acceso a los servicios.

En la medida que los y las jóvenes se encuentran en una etapa de formación, tanto la familia, el círculo cercano del/la joven y las instituciones se constituyen en elementos clave para que ellos/as puedan identificar la necesidad, traducirla en consulta y establecer pautas de comportamiento saludable, alejadas de perfiles de riesgo sanitario por cuestiones sociales.

La presente sección propone avanzar un paso más, intentando explicar hábitos, preocupaciones y problemas identificados. Para ello, y recostándose en el marco teórico establecido en capítulos previos, se procurará mediante la estimación de modelos cualitativos (regresiones logísticas), identificar causas que, conjuntamente, definan y procuren explicar tales comportamientos.

La Tabla 7.5 presenta seis regresiones logísticas, donde las variables dependientes identifican conductas de riesgo (consumo de alcohol, manejo irresponsable, pérdida de control en el uso de drogas, dependencia en el consumo de alcohol, dependencia del cigarrillo y autolesiones intencionales). Estas variables esperan ser explicadas por seis vectores complementarios de variables independientes. Ellas son:

- un grupo de variables dicotómicas por provincia, a fin de capturar diferencias sistemáticas entre geografías. Asimismo, y dado que la encuesta se llevó a cabo en escuelas de distintas localidades por provincia, se incluyen dos variables adicionales que capturan potenciales diferencias por tamaño de la localidad de residencia del/a joven (departamento mediano y departamento pequeño). En este ejercicio se toma la provincia de Tucumán y al departamento capital –de mayor tamaño relativo- como parámetro de comparación.
- Un segundo set de variables capturan las características del o la adolescente, en términos de sexo y edad.
- Un tercer vector refiere a características del hogar. Específicamente se toma el sexo del jefe de hogar (en tanto la literatura normalmente asocia a las mujeres cabecera de familia con mejor desempeño de los hijos en conductas de salud y educación), y educación del jefe de hogar (vinculado con mayor probabilidad de mejoras en desempeño).
- En cuarto lugar, se incluyen las variables específicas del sistema de salud (cobertura y percepción de salud). En el primer caso, y dado que la muestra seleccionada corresponde a un grupo social relativamente homogéneo, es posible identificar potenciales tomas de riesgo sanitario con la presencia de un esquema de protección financiera. En el segundo caso, se espera que exista una correlación entre la toma de riesgos (hábitos poco saludables), con la percepción de status de salud alejado del ideal. En otras palabras, la identificación del riesgo tomado por conductas poco saludables debería estar vinculado con la percepción de un stock de salud menor.
- El quinto grupo de variables surgen del análisis de literatura y de los vínculos entre conductas desarrollado en el marco teórico y resumido en la Figura 4.2 (ejemplo: vínculo funcional entre el consumo de drogas y alcohol, entre consumo de drogas y conducta riesgosa en el conducir, etc.).

- Finalmente, un sexto grupo de explicadores refiere a dos variables que resumen la interacción entre el círculo familiar y los/as jóvenes, y presentadas en la sección previa. Se espera que jóvenes con mayor probabilidad de ser escuchados en el hogar verán reducidas su necesidad de acudir a consumos de riesgo. Alternativamente, maltrato en el hogar (por ejemplo, la variable escogida es la de “recibe insultos”) opera inversamente, induciendo comportamientos de autoprotección.

Los resultados, tomando un universo de 2600 observaciones por regresión aproximadamente, llevan a identificar, algunos resultados significativos:

En primer lugar, no se verifican, salvo excepciones, diferenciales significativos entre provincias y hábitos poco saludables. Con excepción de los mayores desafíos en las conductas automovilísticas de los jóvenes de Misiones, o una mayor propensión al abuso de alcohol en Chaco, las variables por provincia no resultan significativas. En este sentido, llama particularmente la atención la menor probabilidad de observar dependencia del cigarrillo en Misiones, una provincia con gran producción de tabaco.

Paralelamente, la escala poblacional no muestra evidencia significativa en cambios de conducta. El análisis de regresión presenta una menor probabilidad de consumo de drogas, alcohol y conducción del auto en condiciones de riesgo en municipios medianos. Sin embargo, no surgen diferencias de importancia entre municipios de gran y pequeño tamaño.

La edad no muestra madurez, sino mayor toma de riesgo: la probabilidad de conductas riesgosas sistemáticamente aumenta con edades mayores (en el contexto adolescente). La única excepción se asocia con la probabilidad de lesiones auto-infringidas, habiendo mayor probabilidad de ocurrencia en adolescentes menores. Contrariamente, los varones resultan sistemáticamente más tomadores de riesgo, a diferencia de la presencia de lesiones, que permiten identificar un sesgo femenino estadísticamente significativo.

A diferencia de las variables personales, los familiares disponibles no logran gran impacto en explicar la conducta de riesgo de sus adolescentes. Asimismo, la cobertura en salud no resulta explicativa de las conductas de riesgo, salvo, llamativamente, a aquella vinculada con riesgos automovilísticos. Por su parte, la percepción de buena salud se asocia con conductas de auto cuidado en tres de los seis casos (tal que buen reporte de salud se asocia con bajo consumo de tabaco, falta de lesiones y manejo responsable).

Las dos variables dependientes asociadas con el alcohol (consumo y dependencia, en la primera y cuarta regresión) son las únicas que no presentan respuestas estadísticamente significativas. Finalmente, aquellos que han reportado pérdida de control vinculado con drogas cuentan con un reporte de salud percibida positivo, y estadísticamente significativo. Ello abre un espacio para el planteamiento de hipótesis interesantes sobre la percepción de los efectos nocivos del consumo, que requerirían de un debate particular, más allá de los objetivos de este trabajo.

Un hallazgo especialmente relevante se vincula con el análisis de efectos complementarios entre consumos y conductas de riesgo de los y las adolescentes. De la observación de los ejercicios de regresión se identifica que de los diecinueve coeficientes que vinculan co-dependencia de conductas, diecisiete son significativos al 99% de confianza y positivos. Ello refleja la necesidad de un abordaje conjunto, y apoyando la implementación de programas integrales de adolescentes, que no consideren las adicciones y conductas de riesgo como fenómenos aislados, sino como partes de un mismo cuadro de conducta. En particular, el coeficiente que vincula

pérdida de control por drogadicción y lesiones intencionales muestra ser el de mayor impacto entre los analizados.

Finalmente, se observa una relación funcional significativa entre trato en el hogar y conductas de los/as adolescentes. Percepción de ser escuchados reduce significativamente la probabilidad de encontrar lesiones intencionales, y dependencia con respecto al alcohol, el cigarrillo y, en menor medida, la droga. Asimismo, adolescentes que declaran recibir insultos sistemáticamente en el hogar cuentan con mayores chances de manejo inconsciente, lesiones autoinflingidas, dependencia de alcohol y droga.

**Tabla 7.5.**

**HÁBITOS Y DEPENDENCIAS**

Variable Independiente	Frecuencia consumo de alcohol	Frecuencia manejo inconsciente	Veces que perdió el control por consumir drogas	Siente dependencia al alcohol	Siente dependencia al cigarrillo	Se ha realizado lesiones de manera intencional
Misiones	1,22 (1,16)	0,42 *** (0,18)	-0,33 (0,96)	-0,41 (0,38)	-0,92 *** (0,33) *	0,38 (0,4)
Chaco	2,68 *** (1,12)	0,25 (0,19)	-0,20 -1,03	1,20 *** (0,33)	-0,53 (0,33)	0,82 ** (0,41)
Jujuy	1,59 (1,14)	-0,21 (0,19)	-0,16 (0,97)	0,34 (0,34)	-0,27 (0,29)	-0,14 (0,43)
Catamarca	1,48 (1,17)	-0,37 * (0,22)	-0,79 (1,09)	-0,01 (0,4)	-0,51 (0,36)	-0,45 (0,53)
Santiago del Estero	-0,16 (1,31)	-0,31 * (0,18)	0,49 (0,87)	0,60 ** (0,33)	-0,34 (0,29)	0,53 (0,39)
Dep. Mediano	-1,87 *** (0,81)	-0,31 *** (0,13)	-2,36 ** (1,12)	0,14 (0,21)	-0,11 (0,22)	-0,23 (0,26)
Dep. Chico	-0,98 (0,68)	-0,12 (0,16)	-0,94 (0,87)	0,04 (0,26)	0,01 (0,29)	-0,34 (0,36)
Sexo	-1,13 *** (0,45)	-0,40 *** (0,11)	-0,92 ** (0,51)	-0,47 *** (0,18)	-0,15 (0,19)	1,14 *** (0,29)
Edad	0,02 * (0,11)	0,18 *** (0,03)	0,08 ** (0,12)	0,01 (0,04)	0,10 *** (0,04)	-0,11 ** (0,05)
Jefe de hogar	0,32 ** (0,45)	-0,10 (0,11)	0,56 (0,49)	0,12 (0,18)	0,07 (0,19)	-0,10 (0,23)
Educación jefe de hogar	-1,24 (0,61)	0,38 ** (0,17)	1,60 (1,23)	-0,14 (0,26)	-0,37 * (0,25)	-0,59 ** (0,28)
Percepción del estado de salud	0,26 (0,3)	-0,23 *** (0,07)	0,88 *** (0,36)	-0,13 (0,12)	-0,57 *** (0,11)	-0,47 *** (0,13)
Cobertura en salud	0,03 (0,48)	0,21 ** (0,11)	-0,21 (0,53)		0,06 (0,19)	-0,25 (0,22)
Veces que sintió perder el control por consumir drogas	2,21 *** (0,63)	2,26 *** (0,57)		0,34 (0,56)	1,45 *** (0,56)	2,46 *** (0,59)
Fuma	2,32 *** (0,5)	0,62 *** (0,13)	2,29 *** (0,55)	0,99 *** (0,2)		0,78 *** (0,24)
Veces que estuvo en un auto conducido por alguien bajo los efectos del alcohol y/o drogas	1,12 *** (0,47)		2,64 *** (0,61)	0,86 *** (0,2)	0,55 *** (0,2)	
Frecuencia con que consume alcohol		1,11 *** (0,44)	2,55 *** (0,64)	1,46 *** (0,48)	2,28 *** (0,49)	-0,76 (0,8)
Lo escuchan	-0,26 (0,23)	-0,02 (0,06)	-0,41 * (0,25)	-0,23 *** (0,09)	-0,24 *** (0,1)	-0,46 *** (0,12)
Recibe insultos	0,39 * (0,23)	0,17 *** (0,06)	0,78 *** (0,25)	0,22 ** (0,1)	0,11 (0,1)	0,22 ** (0,12)
Constante	-7,24 (2,72)	-3,76 *** (0,6)	-13,76 *** (3,28)	-2,73 *** (1,01)	-0,91 (0,97)	0,60 (1,17)
Prob > chi2	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Pseudo R2	0,4	0,1	0,47	0,14	0,12	0,15
Observaciones	2620	2620	2620	2638	2548	2701

\*\*\* variable significativa al 1%

\*\* variable significativa al 5%

\* variable significativa al 10%

Desvío estándar entre paréntesis

La Tabla 7.6, por su parte, propone analizar los determinantes de la identificación de problemas por parte de los y las adolescentes. En este caso, los ajustes de regresión son más limitados, en tanto no incluyen información particular sobre perfiles sanitarios de los pacientes, mostrando la complejidad de los fenómenos bajo análisis.

Dentro de estas limitaciones, algunos elementos que surgen como estadísticamente significativos son los siguientes:

- Santiago del Estero y Misiones reportan jóvenes más preocupados por el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, en tanto las temáticas vinculadas con drogadicción no encuentran espacio de preocupación en el Chaco.
- Existen temáticas de preocupación propias de cada sexo, al menos desde un análisis de significancia estadística. A modo de ejemplo, los temas vinculados con drogas, alcohol y cigarrillo muestran un sesgo masculino, en tanto que las temáticas vinculadas al ejercicio de la sexualidad (anticoncepción, menstruación, embarazo y aborto) cuentan con mayor interés femenino. Se agrega a esta lista, los temas asociados con alimentación y abuso sexual.
- El espacio de diálogo familiar, de resultar significativo, siempre tiene signo negativo (en tanto reduce preocupación), siendo los casos más relevantes vinculados con problemas psicológicos. Del mismo modo, la recepción de insultos aumenta sistemáticamente el nivel de preocupaciones del/la adolescente, siendo estadísticamente significativos al 95 y 99% de confianza los casos de menstruación, embarazo, abuso sexual y aborto. Claramente esta asociación requiere mayor profundidad, en tanto constituye una señal de violencia de género.

La tercera Tabla de esta sección (Tabla 7.7.) involucra investigar sobre los determinantes de problemas efectivos identificados por los y las adolescentes. Las variables dependientes seleccionadas son seis: problemas de salud vinculados con (i) el peso, (ii) accidentes y lastimaduras, (iii) ansiedad, nervios y angustia, (iv) intoxicaciones, (v) problemas vinculados con la sexualidad, y (vi) adicciones.

Algunas conclusiones refuerzan los temas identificados previamente: problemas de peso, nervios y sexualidad tienen un sesgo femenino significativo, en tanto accidentes y lastimaduras generan mayor atención de los varones. Las intoxicaciones resultan ser el único problema de salud identificado no vinculado particularmente con el sexo del adolescente.

Como fuera mencionado en los ejercicios anteriores, las variables de conducta familiar son marcadamente significativas estadísticamente, reduciendo los problemas reportados cuando existe diálogo, y potenciándolos ante situaciones de maltrato en el hogar.

**Tabla 7.6**

**TEMAS DE SALUD QUE PREOCUPAN**

Variable Independiente	HIV Sida y ETS	Drogas	Métodos anticoncep.	Menstruación	Acné	Alcohol	Embarazo no deseado	Problemas de alimentación	Problemas psicológicos	Orientación sexual	Abuso sexual	Cigarrillo	Aborto
Misiones	0,52 *** (0,14)	-0,29 * (0,18)	0,24 (0,21)	0,37 ** (0,21)	0,29 * (0,18)	0,09 (0,25)	0,18 (0,22)	0,54 *** (0,19)	-0,40 * (0,23)	-0,05 (0,3)	-0,14 (0,23)	0,40 * (0,26)	-0,25 (0,25)
Chaco	0,07 (0,15)	-0,55 *** (0,2)	0,20 (0,21)	-0,06 (0,22)	0,10 (0,19)	-0,20 (0,27)	0,29 (0,22)	0,26 (0,2)	-0,13 (0,22)	-0,22 (0,31)	-0,02 (0,23)	-0,04 (0,29)	-0,14 (0,25)
Jujuy	0,23 * (0,15)	0,11 (0,18)	-0,02 (0,22)	0,02 (0,21)	-0,26 (0,2)	0,52 ** (0,24)	0,29 (0,22)	0,17 (0,2)	-0,39 * (0,22)	-0,05 (0,29)	-0,01 (0,22)	-0,46 * (0,31)	0,10 (0,24)
Catamarca	0,09 (0,16)	-0,30 * (0,2)	0,24 (0,23)	0,20 (0,24)	-0,08 (0,21)	0,29 (0,26)	0,03 (0,25)	-0,06 (0,23)	-0,43 * (0,26)	-0,12 (0,33)	-0,30 (0,27)	-0,20 (0,32)	-0,47 * (0,3)
Santiago del Estero	0,33 *** (0,14)	0,09 (0,16)	0,38 * (0,2)	-0,02 (0,2)	-0,46 *** (0,19)	0,30 (0,23)	0,39 ** (0,2)	0,16 (0,19)	-0,70 *** (0,22)	-0,10 (0,28)	-0,04 (0,21)	0,25 (0,25)	-0,11 (0,23)
Sexo	-0,06 (0,08)	-0,62 *** (0,1)	1,05 *** (0,13)	2,41 *** (0,22)	0,41 *** (0,12)	-1,03 *** (0,13)	0,90 *** (0,14)	0,68 *** (0,12)	0,41 *** (0,15)	0,18 (0,18)	0,73 *** (0,15)	-0,48 *** (0,15)	0,76 *** (0,16)
Edad	0,13 *** (0,02)	-0,08 *** (0,02)	0,31 *** (0,03)	-0,04 (0,03)	-0,05 ** (0,03)	-0,02 (0,03)	0,10 *** (0,03)	0,08 *** (0,03)	0,13 *** (0,03)	0,20 *** (0,04)	-0,16 *** (0,03)	-0,12 *** (0,04)	0,06 ** (0,03)
Jefe de hogar	0,03 (0,08)	-0,22 ** (0,11)	0,05 (0,12)	0,00 (0,12)	-0,04 (0,12)	-0,34 *** (0,14)	0,00 (0,12)	-0,01 (0,11)	0,11 (0,14)	0,10 (0,17)	0,01 (0,13)	-0,12 (0,16)	-0,26 * (0,15)
Educación jefe de hogar	0,03 (0,12)	-0,22 * (0,15)	0,01 (0,17)	-0,01 (0,179)	0,33 ** (0,18)	0,02 (0,2)	0,24 (0,18)	0,27 * (0,17)	0,74 *** (0,24)	-0,07 (0,24)	-0,32 * (0,18)	-0,10 (0,22)	-0,06 (0,2)
Percepción del estado de salud	0,13 *** (0,06)	0,20 *** (0,08)	0,05 (0,08)	-0,06 (0,08)	-0,12 * (0,08)	0,08 (0,1)	-0,10 (0,08)	-0,32 *** (0,07)	-0,24 *** (0,09)	0,04 (0,12)	0,09 (0,09)	-0,02 (0,11)	0,04 (0,1)
Cobertura en salud	-0,12 * (0,08)	-0,15 (0,11)	-0,14 (0,12)	0,00 (0,13)	0,25 ** (0,12)	-0,15 (0,14)	-0,10 (0,12)	0,26 *** (0,12)	-0,12 (0,14)	0,12 (0,18)	-0,18 (0,14)	-0,10 (0,16)	0,01 (0,15)
Lo escuchan	0,03 (0,04)	0,04 (0,05)	-0,12 * (0,06)	-0,05 (0,06)	0,00 (0,06)	-0,02 (0,07)	-0,03 (0,06)	-0,07 (0,06)	-0,22 *** (0,07)	-0,15 * (0,09)	0,02 (0,07)	-0,16 ** (0,08)	-0,01 (0,08)
Recibe insultos	0,09 ** (0,05)	-0,07 (0,06)	0,13 * (0,07)	0,26 *** (0,07)	0,01 (0,07)	0,08 (0,08)	0,19 *** (0,07)	-0,01 (0,07)	0,14 ** (0,08)	-0,04 (0,1)	0,15 ** (0,07)	-0,06 (0,09)	0,17 ** (0,08)
Constante	-3,51 *** (0,47)	-0,40 (0,59)	-7,73 *** (0,7)	-3,43 *** (0,68)	-1,10 ** (0,62)	-1,77 *** (0,75)	-4,26 *** (0,67)	-2,41 *** (0,61)	-3,40 *** (0,75)	-5,71 *** (0,98)	-0,52 (0,74)	0,39 (0,85)	-4,14 *** (0,82)
Prob > chi2	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,002	0,000	0,000
Pseudo R2	0,022	0,04	0,1	0,12	0,002	0,05	0,04	0,04	0,05	0,03	0,04	0,03	0,03
Observaciones	2814	2814	2814	2814	2814	2814	2814	2814	2814	2814	2814	2814	2814

\*\*\* variable significativa al 1%

\*\* variable significativa al 5%

\* variable significativa al 10%

Desvío estándar entre paréntesis

**Tabla 7.7.**

**PROBLEMAS DE SALUD QUE TUVO EN EL ÚLTIMO AÑO**

Variable Independiente	Relacionados con el peso corporal	Accidentes, lastimaduras	Ansiedad, nervios, angustia	Intoxicaciones	Relacionados con la sexualidad	Adicciones (cigarrillo, alcohol, drogas)
	Coficiente	Coficiente	Coficiente	Coficiente	Coficiente	Coficiente
Dep. Mediano	-0,19 (0,14)	0,04 (0,13)	-0,19 * 0,12	-0,20 (0,21)	-0,19 (0,17)	-0,18 (0,24)
Dep. Chico	-0,40 ** (0,2)	-0,14 (0,18)	-0,25 * 0,17	-0,26 (0,3)	-0,39 * (0,24)	-0,06 (0,31)
Sexo	0,59 *** (0,14)	-0,38 *** (0,11)	0,46 *** 0,11	-0,24 (0,18)	0,72 *** (0,17)	-0,52 *** (0,21)
Edad	0,10 *** (0,03)	-0,02 (0,03)	0,10 *** 0,02	0,13 *** (0,04)	0,34 *** (0,04)	0,15 *** (0,05)
Vive con la pareja	-0,43 (0,54)	0,67 * (0,39)	-0,30 0,43	0,24 (0,62)	0,32 (0,44)	-0,77 (1,03)
Educación jefe de hogar	0,11 (0,18)	-0,07 (0,17)	0,14 0,16	-0,13 (0,26)	-0,17 (0,2)	-0,03 (0,29)
Percepción del estado de salud	-0,39 *** (0,08)	-0,21 *** (0,08)	-0,51 *** 0,07	-0,33 *** (0,12)	-0,28 *** (0,09)	-0,54 *** (0,12)
Cobertura en salud	0,23 * (0,13)	0,004 (0,12)	0,08 0,11	0,16 (0,2)	-0,08 (0,15)	0,10 (0,22)
Opinión del servicio	0,00 (0,08)	-0,04 (0,08)	-0,09 0,08	-0,06 (0,12)	-0,02 (0,09)	-0,01 (0,13)
Lo escuchan	-0,15 *** (0,06)	-0,10 * (0,06)	-0,16 *** 0,06	-0,05 (0,1)	-0,22 *** (0,08)	-0,14 (0,11)
Recibe insultos	0,12 ** (0,07)	0,17 *** (0,06)	0,22 *** 0,06	0,13 (0,1)	0,19 *** (0,08)	0,32 *** (0,11)
Constante	-2,39 *** (0,71)	-0,41 (0,66)	-1,17 ** 0,61	-3,45 (1,06)	-6,72 (0,91)	-3,30 *** (1,17)
Prob > chi2	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
Pseudo R2	0,05	0,002	0,071	0,028	0,1121	0,065
Observaciones	2971	2971	2971	2971	2971	2971

\*\*\* variable significativa al 1%

\*\* variable significativa al 5%

\* variable significativa al 10%

Desvío estándar entre paréntesis

## 7.6.- Acceso y Cobertura de Salud. Aspectos Generales

Las últimas dos secciones de este capítulo se destinarán a analizar los indicadores tradicionales de acceso y cobertura en salud de la población adolescente del norte argentino, escolarizada en escuelas públicas. El sesgo definido por la población entrevistada disminuye la variabilidad que en este particular tiene la población argentina: adolescentes escolarizados en instituciones públicas reducen las posibilidades de contar con un porcentaje de población sin cobertura formal (cuyos hijos no se encuentran escolarizados en igual proporción que el resto de las familias del país). Asimismo, la presencia de jóvenes con cobertura privada será más reducida que el promedio nacional.

Dadas estas restricciones, la Tabla 7.8 provee información sobre cobertura formal por provincia. Con una media de cobertura del 55,51% de los adolescentes con respuesta válida, y un 30% sin cobertura formal, el estudio refleja cierta dispersión entre provincias, con menor cobertura relativa en Santiago del Estero, y mayor incidencia de obras sociales y prepagas en Misiones.

**Tabla 7.8.**  
**Cobertura Formal en Salud de los Adolescentes, por Provincia**

PROVINCIA		Tiene obra social o prepaga?		
		SI	NO	Ns-Nc
Tucumán	no.obs.	521	217	164
	%	57,76	24,06	18,18
Misiones	no.obs.	522	259	85
	%	60,28	29,91	9,82
Chaco	no.obs.	486	258	114
	%	56,64	30,07	13,29
Jujuy	no.obs.	542	324	152
	%	53,24	31,83	14,93
Catamarca	no.obs.	376	183	110
	%	56,2	27,35	16,44
Sgo del Estero	no.obs.	466	327	142
	%	49,84	34,97	15,19
Total	no.obs.	2.913	1.568	767
	%	55,51	29,88	14,62

La concurrencia de esta población a prestadores de salud muestra un 41,48% en hospitales y 35,41% en clínicas y médicos particulares, seguidos por los centros de atención primaria, con un 18% de cobertura física. La presencia de farmacias y curanderos como primera fuente de atención es marginal, con 2,66% y 0,56% respectivamente. La brecha entre provincias, sin embargo, resulta relevante. Se destaca la sustitución de cuidados hospitalarios direccionada hacia centros de atención primaria en la provincia de Tucumán (26,47% vs 32,21%), a diferencia de un sesgo en instituciones de mayor nivel de complejidad en Santiago del Estero, con un porcentaje de incidencia de los CAPs tres veces menor.

Paralelamente, Jujuy muestra una participación de la atención particular del 27%, sensiblemente inferior al Chaco, donde esta modalidad nuclea el 46,65% de los cuidados.

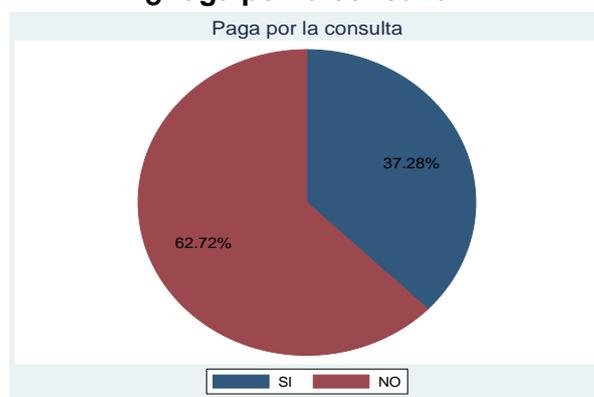
**Tabla 7.9.**  
**Lugar donde Concorre ante un Problema de Salud, por Provincia**

Provincia		Hospital	CAPS	Particular	Farmacia	Curandero	Más de un lugar	Total respuestas
Tucumán	no.obs	244	291	276	2	12	32	857
	%	28,47	33,96	32,21	1,4	0,23	3,73	100
Misiones	no.obs	316	118	348	3	29	20	834
	%	37,89	14,15	41,73	3,48	0,36	2,4	100
Chaco	no.obs	209	199	390	6	16	16	836
	%	25	23,8	46,65	1,91	0,72	1,91	100
Jujuy	no.obs	495	138	263	4	49	24	973
	%	50,87	14,18	27,03	5,04	0,41	2,47	100
Catamarca	no.obs	352	69	188	11	8	9	637
	%	55,26	10,83	29,51	1,26	1,73	1,41	100
Sgo del Estero	no.obs	476	88	321	2	20	0	907
	%	52,48	9,7	35,39	2,21	0,22	0	100
Total	no.obs	2092	903	1786	28	134	101	5044
	%	41,48	17,9	35,41	2,66	0,56	2	100

De acuerdo a la información proporcionada por los y las adolescentes encuestadas, la gran mayoría de las consultas en el sistema de salud no son abonadas de bolsillo. En promedio, sólo un 37% reporta algún tipo de desembolso, aunque la dispersión entre provincias es significativa, mostrando extremos entre 41,37% y 30,96% en la probabilidad de desembolso.

**Figura 7.12.**

**¿Paga por la consulta?**



Del total de jóvenes que respondieron sobre la calidad del servicio recibido en el sistema de salud (N=4990), el 80% la consideró buena o muy buena, con participaciones del 48,7% y el 32% respectivamente. Sólo un 3,31% de los y las adolescentes consideraron la atención como de mala calidad.

Sin embargo, la brecha entre provincias resulta significativa. En Tucumán, por ejemplo, sólo el 1,76% percibió como mala la calidad de los servicios de salud, en tanto que la caracterización de los servicios de mala calidad en Jujuy llega al 5,82%. En Santiago del Estero, más de la mitad de los/as adolescentes califican a los servicios como de buena calidad, y en Catamarca este grupo alcanza el 53,21%.

De todos modos, la percepción de calidad en los servicios sanitarios constituye una valoración personal, no necesariamente reflejando oportunidad o eficacia en la atención recibida. Esta asimetría informacional entre el paciente y el profesional de la salud impide una caracterización objetiva, existiendo asimismo diferencias entre entrevistados. Dicho de otro modo, diferencias entre jurisdicciones no reflejan necesariamente heterogeneidad entre servicios.

**Tabla 7.10.**  
**Calidad del servicio percibida por el Adolescente, por Provincia**

Provincia		Muy buena Buena Regular Mala				Total
Tucumán	<i>no.obs.</i>	296	408	131	15	850
	%	34,82	48	15,41	1,76	100
Misiones	<i>no.obs.</i>	303	400	108	31	842
	%	35,99	47,51	12,83	3,68	100
Chaco	<i>no.obs.</i>	260	401	138	24	823
	%	31,59	48,72	16,77	2,92	100
Jujuy	<i>no.obs.</i>	245	440	222	56	963
	%	25,44	45,69	23,05	5,82	100
Catamarca	<i>no.obs.</i>	178	332	96	18	624
	%	28,53	53,21	15,38	2,88	100
Sgo del Estero	<i>no.obs.</i>	311	449	107	21	888
	%	35,02	50,56	12,05	2,36	100
Total	<i>no.obs.</i>	1593	2430	802	165	4990
	%	31,92	48,7	16,07	3,31	100

Dadas estas limitaciones, se propuso avanzar un paso más en la caracterización de la calidad de atención recibida, especificando una serie de opciones que califiquen la opinión de las/os adolescentes como usuarios del sector. La Figura 7.13 intenta resumir las principales conclusiones identificadas.

El comentario más frecuente, que llega a un 39% de los casos incorporados al estudio, refiere a la espera en recibir la atención, seguido por la dificultad para conseguir turno, con un tercio de las respuestas válidas recibidas. Ambas explicaciones reflejan una demanda excedente de atención, no vinculadas con una barrera geográfica o financiera, sino con la dotación de recursos humanos en la estructura sanitaria ya emplazada para la atención. Esta explicación se refuerza con la masividad de la respuesta vinculada con la falta de horarios disponibles, que con el 20% de las respuestas, es la cuarta razón reportada que limita el acceso a los servicios. Si bien estas respuestas no son acumulativas (no se excluyen mutuamente), la masividad en la opción de estas tres alternativas la vuelve claramente prioritaria.

En tanto, la barrera de acceso geográfico muestra menor relevancia relativa, siendo reportada por el 21% de la población adolescente bajo estudio. No existen grandes diferencias en este ordenamiento entre departamentos de mayor o menor tamaño, en contra de lo que podría presuponerse. La falta de acceso debido a lejanía reúne 19% de las opiniones adolescentes de los departamentos grandes, 25,6% de los medianos y 19,8% de los pequeños. Sin embargo, las chances de acercarse al centro de salud y no ser atendido se incrementan, aunque marginalmente, con la escala del lugar de residencia (5,8% en departamentos de mayor tamaño con 7,4% y 7,7% en las jurisdicciones medianas y pequeñas, respectivamente).

**Figura 7.13.**

**Dificultades de Acceso a Servicios de Salud, Total Provincias**



Se identifican dos grupos adicionales de causas que dificultan el acceso, vinculadas con características contrapuestas. En el primer caso, el impedimento está localizado en el y la adolescente, que limitan su llegada al servicio de salud; en el segundo caso, se reporta una barrera del sistema que impide la consulta.

Dentro del primer grupo, que puede calificarse como de “barreras propias”, se encuentran los casos donde la consulta no se concreta porque el o la adolescente no se anima a ir solo, tiene vergüenza o miedo. Estas razones fueron consideradas en los cuestionarios por el 19% de los/as respondentes en el primer caso, y por el 8% en los dos restantes. Claramente, este tipo de argumentos no reviste la magnitud de los anteriores, en cantidad de respuestas obtenidas, pero resultan de particular relevancia para el contexto adolescente. Ellas reflejan un déficit de comunicación entre el conjunto de jóvenes y el sistema de salud, que involucra de acciones más complejas de acercamiento a la problemática de los/as jóvenes.

Adicionalmente, la vergüenza o el miedo a acudir al sistema formal de salud se incrementa en las poblaciones más pequeñas, incrementándose de 8,2% a 9% de las respuestas en el primer caso y de 7% a 8,8% en el segundo.

Un segundo conjunto de respuestas manifiesta una barrera a la consulta asociada con la edad, que impide concretar la necesidad manifestada en el servicio. Un 10% de los/as jóvenes plantean que no fueron atendidos por no ser acompañados por adultos y un 6% observan que a pesar de haber ido, no los recibieron. Estas experiencias refuerzan la necesidad de desarrollar nuevos espacios adolescentes o reforzar los existentes, lo que explícitamente es manifestado por el 5% de las respuestas.

Estos cuatro grupos de dificultades para el acceso (oferta insuficiente, barreras geográficas, causas propias y barreras al adolescente) se complementan con otras que permiten inferir sobre la necesidad de desarrollar espacios de confianza entre el sistema y los/as adolescentes, y que podrían ser vinculadas con la temática de auto exclusión: 7% de los/as jóvenes prefieren consultar con otras personas por fuera del sistema, 2% creen que el sistema de salud no los puede ayudar, y 3% no confía en que el médico guarde el secreto de la consulta.

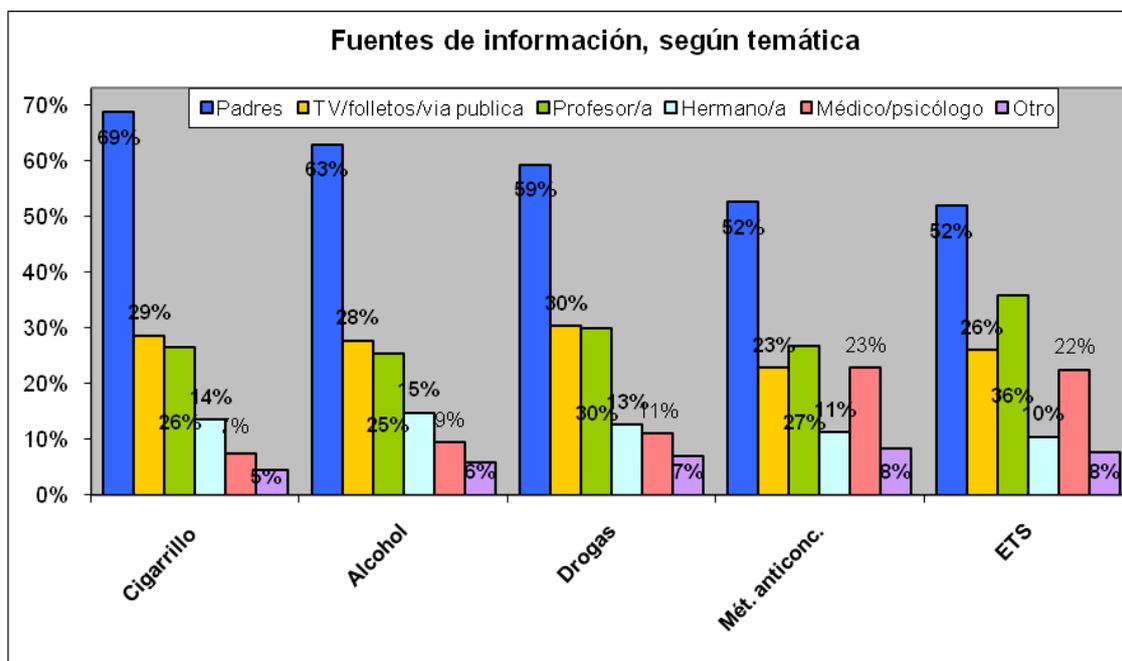
En tanto las preocupaciones adolescentes resultan vinculadas no necesariamente con el estado de salud sino con planteos y problemas emergentes de su edad (exposición inicial al sexo, experimentación con drogas, alcohol, etc.), los vínculos de confianza deben ser reforzados. El sistema de salud se enfrenta entonces con desafíos que son

estructurales y que no son monopolio de la problemática aquí analizada: como “salir” del ámbito geográfico del centro de salud, la clínica o el hospital, y abordar al individuo en su contexto social. Seguramente ello requiera de mayores instancias de colaboración con el sistema educativo y los medios de comunicación, una materia pendiente que excede las fronteras del país.

En esta dirección, la Figura 7.14 indaga sobre las fuentes de información consultadas por los jóvenes para cinco temáticas priorizadas (alcohol, tabaco, drogas, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual). Como opciones se sugirieron padres, hermano/as, profesores, médicos/psicólogos, folletos/TV/vía pública, y otros.

Claramente la fuente principal de información son los padres, con un mínimo de 52% en temáticas vinculadas con la sexualidad, llegando al 69% en el caso del tabaco. El sistema educativo resulta en promedio la segunda fuente de conocimiento, conjuntamente con los medios masivos de comunicación, con una media de 28,8% y 27,2% respectivamente. El sistema de salud, finalmente, participa en menor proporción, aunque su presencia se concentra en las temáticas vinculadas con la sexualidad, donde alcanza una referencia del 22-23% de los/as adolescentes.

**Figura 7.14.**

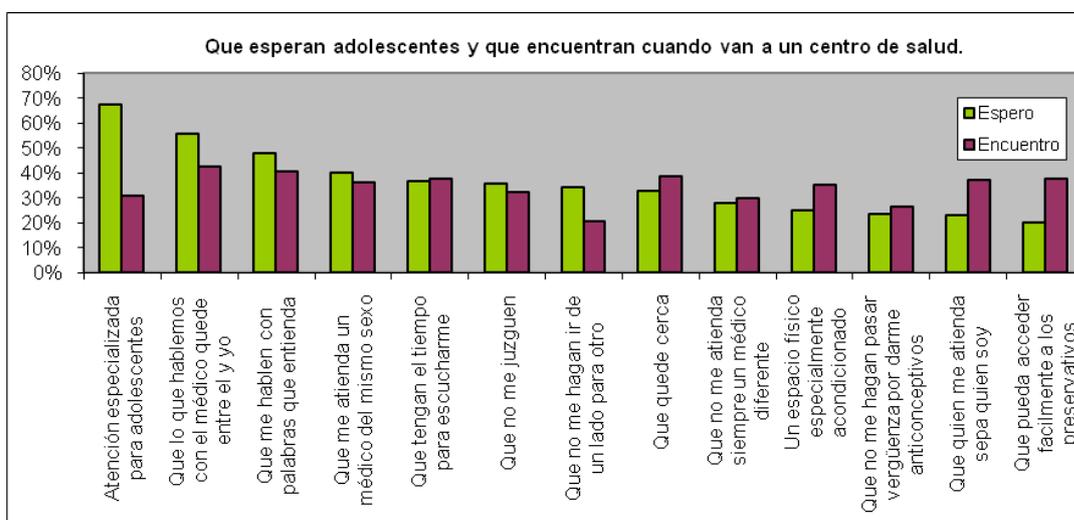


Finalmente, y con el objeto de complementar la información ya analizada, el trabajo de campo permitió explorar cuáles son las expectativas de los/as jóvenes sobre el sistema. Tales expectativas son comparadas con el reporte de qué se encuentra, y los resultados de esta consulta se exponen en la Figura 7.15, última de este capítulo.

Las barras más claras muestran las expectativas de la adolescencia –y que ordena la Figura, en tanto que las barras oscuras definen lo finalmente hallado. La mayor brecha se encuentra entre la expectativa de encontrar un espacio propio y específico para la adolescencia –aproximadamente un 65% de los/as consultados/as- y el 30% que logra encontrarlo. Los dos conceptos que siguen, tanto en importancia en expectativas como en brecha con respecto a lo accedido refieren a las condiciones de comunicación entre

el profesional de la salud y el/la paciente: claridad en la comunicación y confianza en la reserva de la información resultante de la conducta.

**Figura 7.15.**



Contrariamente, el acceso a preservativos resulta ser la medida de acceso más exitosa, en cuanto prácticamente duplica las expectativas de este grupo étnico.

### 7.7.- Acceso: Análisis Multivariado

Esta sección final del capítulo tiene como objetivo avanzar en los determinantes de tres preguntas clave vinculadas con el acceso a los servicios de salud por parte de los/las adolescentes. Ellas son: cuál es el lugar donde demandan servicios de salud, y cuál es la opinión sobre la calidad de los mismos.

En todos los casos, se incluyen variables dummy por provincia y por escala del departamento donde está localizada la escuela, a fin de capturar efectos específicos de cada una de ellas. Estas variables explicativas se complementan con características observables del/la adolescente (sexo y edad).

La búsqueda de los determinantes del lugar de atención (Tabla 7.11) se complementa con variables vinculadas con características del hogar (identificando cuando es una mujer la jefa de hogar, y la máxima educación alcanzada por el jefe de hogar), y tres variables características de este tipo de análisis: presencia de cobertura formal de salud, existencia de pago monetario por el servicio, y opinión de la calidad del mismo.

Se consideraron tres diferentes fuentes de atención: hospital público, centro de atención primaria y clínica privada. En cada caso un modelo de regresión logística fue implementado mostrando que la probabilidad de consultar directamente en el hospital público sin la referencia del CAPs se incrementa en mayor proporción en las provincias de Santiago del Estero y Catamarca, con respecto a Tucumán y Chaco, seguidas por Jujuy y luego Misiones, Contrariamente, la búsqueda de atención en un CAP sigue el camino opuesto. Paralelamente, la probabilidad de atenderse en una clínica privada aumenta en la provincia del Chaco, y disminuye en Jujuy y Catamarca.

Claramente, la escala del municipio afecta la estructura de consulta. Cuanto más pequeño es la localidad, aumenta la probabilidad de atención en hospitales y disminuye la presencia de consultas en el sector privado. Ello probablemente se

encuentra vinculado a la oferta privada proporcionalmente menor existente en municipios de menor densidad poblacional y menor ingreso relativo.

El sexo del jefe de hogar no influye en la probabilidad de consulta pero sí la educación, con signo positivo y significativo en el sector privado y negativamente en el hospital público. Lógicamente, la presencia de cobertura explica significativamente y con signo positivo la consulta privada, en tanto que disminuye las chances de acudir al hospital público y, particularmente, al centro de atención primaria. La opinión del servicio tienen igual incidencia y dirección que la estructura de cobertura formal, en tanto que la presencia de pago es negativamente asociada con la consulta pública y positivamente con la privada, caracterizando la estructura de cada subsistema.

**Tabla 7.11.**

## LUGAR DONDE SE ATIENDE

Variable Independiente	Hospital Público	CAPS	Establecimiento privado
	Coeficiente	Coeficiente	Coeficiente
Misiones	0,59 *** (-0,16)	-0,93 *** (0,17)	0,23 (0,18)
Chaco	-0,02 (0,18)	-0,4 *** (0,17)	0,51 *** (0,19)
Jujuy	1,32 *** (0,16)	-1,19 *** (0,17)	-0,73 *** (0,19)
Catamarca	1,490 *** (0,18)	-1,54 *** (0,21)	-0,41 ** (0,2)
Santiago del Estero	1,480 *** (0,16)	-1,63 *** (0,18)	-0,22 (0,18)
Dep. Mediano	0,340 *** (0,10)	0,06 (0,12)	-0,34 *** (0,13)
Dep. Chico	0,250 ** (0,14)	0,19 (0,16)	-0,59 *** (0,17)
Sexo	-0,47 *** (0,09)	0,18 * (0,11)	0,46 *** (0,11)
Edad	-0,14 *** (0,02)	-0,06 *** (0,02)	0,21 *** (0,03)
Jefe de Hogar	0,05 (0,09)	0,04 (0,11)	-0,02 (0,11)
Educación jefe de hogar	-0,41 *** (0,13)	-0,04 (0,15)	0,64 *** (0,18)
Cobertura en salud	-1,1 *** (0,09)	-0,29 *** (0,11)	2,24 *** (0,13)
Paga por atenderse	-1,33 *** (0,10)	-2,03 *** (0,17)	2,39 *** (0,11)
Opinión del servicio	-0,45 *** (0,06)	-0,21 *** (0,07)	0,96 *** (0,08)
Constante	3,76 *** (0,45)	1,51 (0,5)	-10,00 *** (0,59)
Prob > chi2	0,000	0,000	0,000
Pseudo R2	0,23	0,16	0,42
Observaciones	2931	2931	2931

\*\*\* variable significativa al 1%

\*\* variable significativa al 5%

\* variable significativa al 10%

Desvío estándar entre paréntesis

Finalmente, la búsqueda de los determinantes de la percepción de calidad del servicio incluye información sobre cobertura, presencia de pago, y un vector de características de calidad surgidas de las encuestas a adolescentes. La Tabla 7.12 refleja los resultados alcanzados.

**Tabla 7.12.**

## OPINIÓN DEL SERVICIO

Variable Independiente	OPINIÓN
	Coeficiente
Misiones	0,08 ** (0,04)
Chaco	0,03 (0,04)
Jujuy	-0,12 *** (0,04)
Catamarca	-0,01 (0,04)
Santiago del Estero	0,12 *** (0,04)
Dep. Mediano	-0,06 *** (0,03)
Dep. Chico	-0,17 *** (0,04)
Edad	-0,06 *** (0,01)
Cobertura	0,19 *** (0,03)
Paga	0,17 *** (0,03)
No tiene plata	-0,12 *** (0,05)
No puede ir en los horarios disponibles	-0,10 *** (0,03)
Le cuesta conseguir un turno	-0,11 *** (0,03)
Tiene que esperar mucho	-0,16 *** (0,03)
Las veces que fue no lo atendieron	-0,35 *** (0,05)
Cree que no lo pueden ayudar	-0,30 *** (0,08)
No hay un espacio para adolescentes	-0,26 *** (0,05)
No tiene dificultad de acceso	0,12 *** (0,04)
Constante	4,08 *** (0,09)
<hr/>	
Prob > F	0,000
R2	0,1654
Observaciones	3682
*** variable significativa al 1%	
** variable significativa al 5%	
* variable significativa al 10%	
Desvío estándar entre paréntesis	

La percepción de calidad se encuentra por encima de la media de las provincias seleccionadas en Misiones y Santiago del Estero, con una visión más crítica en la provincia de Jujuy. Los departamentos de menor escala cuentan con una calidad percibida de sus servicios proporcionalmente menor que los de tamaño medio, y de ellos con respecto al departamento de la capital provincial.

Paralelamente, la edad se vincula con una posición más crítica con respecto a la calidad de los servicios de salud recibidos, corregida esta percepción por una mayor calidad potencial recibida por adolescentes que cuentan con cobertura formal en salud. Del mismo modo, se verifica un concepto de diferenciación vertical de producto: la presencia de mayor pago de bolsillo se correspondería con una mayor percepción de calidad.

Finalmente, la percepción de calidad por parte de los/as adolescentes se encuentra claramente vinculada con la historia previa de acceso físico al servicio de salud, contando con los coeficientes de mayor incidencia. En orden de importancia se ubica la percepción de no contar con posibilidad de recibir ayuda y la carencia de un espacio dedicado a los adolescentes en el lugar de atención. La falta de turnos y las barreras financieras de acceso se revelan asimismo como variables estadísticamente significativas en la opinión sobre la calidad de los servicios utilizados.

# Capítulo 8

## Conclusiones

Como se planteó en el marco teórico de la presente investigación, establecer parámetros de acceso a servicios de salud plantea un análisis bidireccional, donde la estructura de las necesidades (traducida en una demanda efectiva a partir de la conducta de los usuarios) interactúa con la oferta institucional (definiendo el acceso a los servicios).

En particular, la población adolescente requiere, -aunque no demande- de orientación tanto del sistema de salud como del entorno familiar, comunitario y escolar que le permitan identificar necesidades no sólo de atención, sino también de información, para acceder de manera oportuna y efectiva a los servicios de salud.

El análisis de la oferta institucional existente en las seis provincias participantes de la investigación (detallado en el capítulo 6) muestra que si bien en cada una de ellas se identificó una estructura institucional similar, existen excepciones y diferencias en cuanto a prioridades, perspectivas, intervenciones, interacciones y políticas orientadas a la población adolescente, lo cual resulta en desempeños variados. A esta estructura pública estatal se le suma la labor de organizaciones de la sociedad civil organizada que contribuyen a que se satisfagan las necesidades y garanticen los derechos de los adolescentes.

Las problemáticas en las y los adolescentes identificadas en cada provincia también varían, así por ejemplo las autoridades sanitarias de Misiones reconocen el embarazo adolescente como la problemática central que enfrentan los adolescentes y remarcan la incidencia de los determinantes socioeconómicos y la educación en el seno familiar como causas que la profundizan. En Santiago del Estero, además del embarazo adolescente se reconoce a las adicciones como las principales problemáticas. Tucumán, por su parte, reconoce las adicciones, el suicidio y el embarazo adolescente como las problemáticas centrales y, en menor medida los trastornos alimentarios, la violencia y maltrato, y el abuso sexual, etc.

Frente a las problemáticas diversas, las intervenciones que se desarrollan también son distintas en cada provincia. Apoyándose en intervenciones del tipo normativas-organizativas desde los efectores de salud, donde la captación se realiza por demanda espontánea, o a partir de un trabajo intersectorial entre salud, educación, asociaciones civiles, etc. para atender a la población adolescente

El análisis del acceso a los servicios de salud se complementa con el estudio del comportamiento de la demanda, en este caso los y las adolescentes y su relación con las instituciones. En particular, la población adolescente requiere, -aunque no demande- de orientación tanto del sistema de salud como del entorno familiar, comunitario y escolar que le permitan identificar necesidades no sólo de atención, sino también de información, para acceder de manera oportuna y efectiva a los servicios de salud.

A partir del análisis de las encuestas realizadas a unos 5200 adolescentes (cuyos resultados se presentan en el capítulo 7) en las seis provincias participantes del estudio se puede observar que:

- Tanto la percepción de salud de esta población, como las dolencias o problemas de salud declarados corresponden a perfiles de baja necesidad del sistema. Un 87% de los estudiantes encuestados califica su propio estado de salud como “muy bueno o bueno”, declarando “tos, angina, gripe o resfrío” como la dolencia más frecuente.
- Del total de estudiantes encuestados que reportaron haber tenido una dolencia o problema de salud en el último año, solo la mitad consulta con un especialista de la salud, lo cual demuestra las diferencias de conducta entre las necesidades reportadas y las razones de consulta.
- La brecha entre la necesidad concreta y la preocupación (reflejo de prioridades individuales para el/la adolescente) también es evidente. En principio, salvo contadas excepciones, las preocupaciones de ambos sexos son similares (en términos absolutos y relativos).

En tanto las preocupaciones adolescentes resultan vinculadas no necesariamente con el estado de salud sino con planteos y problemas emergentes de su edad (exposición inicial al sexo, experimentación con drogas, alcohol, etc.), los vínculos de confianza deben ser reforzados. El sistema de salud se enfrenta entonces con desafíos que son estructurales y que no son monopolio de la problemática aquí analizada: como “salir” del ámbito geográfico del centro de salud, la clínica o el hospital, y abordar al individuo en su contexto social. Dichas prioridades no parecen encontrar aún un ámbito institucionalizado de interacción claro, de acuerdo al análisis desarrollado en el capítulo N° 6.

La necesidad de recrear un espacio de encuentro entre el sistema y la adolescencia se evidencia también en las respuestas de los y las jóvenes, quienes con poca o nula frecuencia recurren a las instituciones del sistema sanitario (como también el educativo) al momento de buscar un interlocutor a sus dudas, acudiendo al entorno familiar y a amigos.

El análisis multivariado determinó la existencia de efectos complementarios entre consumos (alcohol, cigarrillo y drogas) y conductas de riesgo de los y las adolescentes. Lo cual refleja la necesidad de un abordaje conjunto, y apoyando la implementación de programas integrales de adolescentes, que no consideren las adicciones y conductas de riesgo como fenómenos aislados, sino como partes de un mismo cuadro de conducta.

En cuanto a las barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud, los adolescentes manifiestan “tener que esperar mucho para ser atendidos” y “dificultad para conseguir un turno” como principales barreras que enfrentan a la hora de querer hablar con un especialista de la salud. Ambas explicaciones reflejan una demanda excedente de atención, no vinculadas con una barrera geográfica o financiera, sino con la dotación de recursos humanos en la estructura sanitaria ya emplazada para la atención.

Se identifican dos grupos adicionales de causas que dificultan el acceso, vinculadas con características contrapuestas. En el primer caso, el impedimento está localizado en el y la adolescente, que limitan su llegada al servicio de salud; en el segundo caso, se reporta una barrera del sistema que impide la consulta.

Dentro del primer grupo, que puede calificarse como de “barreras propias”, se encuentran los casos donde la consulta no se concreta porque el o la adolescente no se anima a ir solo, tiene vergüenza o miedo.

En el segundo grupo manifiesta una barrera a la consulta asociada con la edad, que impide concretar la necesidad manifestada en el servicio. Estas experiencias refuerzan la necesidad de desarrollar nuevos espacios adolescentes o reforzar los existentes, lo que explícitamente es manifestado por el 5% de las respuestas.

La mayor brecha se encuentra en la atención especializada para la población adolescente: más del 65% de los/as jóvenes tienen expectativas de hallar tales espacios, y sólo un 30% parece encontrarlo.

La información presentada permite abrir una discusión sobre el concepto de “acceso” de los/as adolescentes al sistema de salud. En la medida que este grupo social se caracteriza por niveles bajos de morbilidad, y los motivos de enfermedad son de baja complejidad de atención, la definición de acceso deja de vincularse necesariamente con aspectos de capacidad física o clínica de atención, avanzando en un terreno más complejo. El mismo se relaciona con la capacidad del sistema de orientar la pregunta y canalizar la inquietud de jóvenes ante problemáticas sociales vinculadas con la salud.

# Referencias

- Alfaro R (1993) Una comunicación para otro desarrollo, Lima: Calandria.
- Alonso, L: (1995) "Sujeto y discurso. El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa", en M. Delgado y J. Gutiérrez (coords.). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis.
- Amuchástegui, H. A: (1998) "La dimensión moral de la sexualidad y de la virginidad en las culturas híbridas mexicanas", Relaciones, núm. 74, , pp. 101-134.
- Bateson G (1999): Pasos hacia una ecología de la mente" Ed. Lohlé-Lumen.
- Bella M., Fernández R., Wellington J. (2010) *Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes*. Arch. Arg Peditr . Buenos Aires.
- Berner et al. (2009) Adolescencia: Un servicio amigable para la atención integral de la salud, FUSA2000, Buenos Aires,.
- Bourdieu, P: (1997) Razones prácticas (Sobre la teoría de la acción). Barcelona: Anagrama. 240 p.
- Bourdieu, P: (2000). La dominación masculina. Barcelona: Anagrama. 2da. Ed. 159 p.
- Burt, M. (1996). ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? OPS. Washington D.C.
- Cejas, Cintia; Olaviaga, Sofía y Stechina Mariana: (2008) "¿Qué piensan los jóvenes? Estudio comparado sobre la percepción de los jóvenes acerca de la salud, las instituciones y sus derechos en cinco municipios" *Documento de Trabajo N°20*, CIPPEC, Buenos Aires, noviembre.
- Cejas, Cintia; Olaviaga, Sofía y Stechina Mariana, (2008) "¿Qué piensan los jóvenes sobre la salud, las instituciones y sus derechos?" *Documento de Análisis de Políticas N°59*, CIPPEC, Buenos Aires, noviembre.
- Chartier, R: (1996). Escribir las prácticas. Foucault, De Certeau, Marin. Buenos Aires: Manantial. 1 ed, 127 p.
- Conde, F. (1995)."Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias" en M. Delgado y J. Gutiérrez J. (coords.). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis.
- CONDERS (2010). Monitoreo social y exigibilidad sobre los derechos sexuales y reproductivos en Argentina. Informe nacional 2010. Buenos Aires.
- Cornellà i Canals, J. y Llusent Guillaumet À.: (2001) "Atención a la salud integral del adolescente desde los Servicios de Atención Primaria" *Pediatr Integral* 6(1):33-41, Barcelona.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (2011). "Estadísticas Vitales – 2010". *Serie 5 – Número 54*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación. (2012) Publicación 137. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años.
- Gogna, M.; Fernández, S. y Zamberlin, N. (2005), "Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo adolescente: hallazgos de la encuesta a púerperas", en GOGNA, M. (coord.), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos,

evidencias y propuestas para políticas públicas, Buenos Aires, UNICEF, CEDES y Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

INDEC (2001). *Censo Nacional de Hogares, Población y Viviendas 2001*. Argentina.

INDEC (2011). *Censo Nacional de Hogares, Población y Viviendas 2010*. Argentina.

INDEC y UNICEF (2003). "Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990-2001", *Serie de Análisis Social N° 2*. Buenos Aires.

Kornblit, Analía; Mendes Diz, Ana María y Adaszko, Dan: (2006) "Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país", Documento de Trabajo N°47, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, marzo de.

Kornblit, Analía; Mendes Diz, Ana María; Di Leo, Pablo Francisco; Camarotti, Ana Clara y Adaszko, Dan: (2005) "Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país", Documento de Trabajo N°45, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, noviembre.

Krauskopf, D. (2010). "Políticas de juventud, adolescencia y salud" En: Pasqualini, D. y Llorens, A. (Comp.). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. OPS. Buenos Aires.

López, E. y Findling, L. (2003) "Mujeres jóvenes: salud de la reproducción y prevención". En S. Checa (Comp.) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.

Maddaleno, M.; Morello, P. e Infante-Espinola, F. (2003). "Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década" en *Salud Publica de México*; vol. 45 1:S132-S139. México D.F.

Martínez, M. Laura y Zamberlin, Nina (2011) "Situación de salud de l@s adolescentes en la Argentina", Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación, Abril.

Ministerio de Salud de la Nación (2007) *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005*. Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación (2007). *Encuesta Mundial de Salud Escolar 2007*. Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación (2008). *Anuario 2008 de Información Perinatal*. Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Boletín de Vigilancia de Enfermedades No transmisibles y Factores de Riesgo*. Argentina

Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Indicadores Básicos. Argentina 2010*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

Neinstein LS.: (1991) "Salud del adolescente". JR Proues Editores, Barcelona.

Neuman, W. L. (1994) *Social research methods. Qualitative and quantitative approaches*. Needham Heights (MA): Allyn and Bacon.

Nigenda, G. y A. Langer (edits.). (1995) *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública,.

Niremberg, O: (2006) *Participación de Adolescentes en Proyectos Sociales: Aportes Conceptuales y Pautas para su Evaluación*. Editorial Paidós, Serie Tramas Sociales, Buenos Aires;

Olaviaga, S. y Marazzi, V. (2011). *Inversión pública social en infancia y adolescencia. Un análisis institucional y presupuestario para el municipio de Luján*. CIPPEC y UNICEF. Buenos Aires.

- OMS (AMPRO/PAHO), (1996) Comunicación, Educación y Participación: Un marco y Guía de Actuación, Washington,.
- OMS (1999). "Informe de un grupo de estudio OMS/FUNAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes". Serie de Informes Técnicos, Número 886. OMS.Ginebra.
- OPS (1998). "La salud del adolescente y el joven". En: La salud en las Américas. Publicación científica. OPS/OMS, Washington D.C., 1998;1:76-81.
- OPS (1998). Plan de Acción sobre Salud y Desarrollo del Adolescentes y Jóvenes en las Américas 1998 – 2001. OPS/OMS. Washington D.C.
- Orozco, G. (1997) La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa. Guadalajara: imdec,.
- Pasqualini, D. y Llorens, A. (Comp.) (2010). Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. OPS. Buenos Aires.
- Schutt-Aine J y Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas.OMS/OPS. Washington D.C.
- SEDRONAR (2012). *Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media, sobre consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo y protección asociados*. Argentina
- Senderowitz, J. (1999) Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Focus on Young Adults, Washington DC.
- UNFPA (2003). Estado de la Población Mundial 2003. Valorizar a 1.000 millones de adolescentes: inversiones en su salud y sus derechos. Nueva York.
- UNFPA (2009). *Situación de la Población en la Argentina*. Buenos Aires.
- UNICEF (2002). Adolescence: A Time that Matters. UNICEF. Nueva York.
- UNICEF (2011). *Estado mundial de la infancia 2011. La Adolescencia, una época de oportunidades*. Nueva York.
- Vázquez, H. (2000): Procesos Identitarios y excusión sociocultural. Biblios, Buenos Aires
- Walker Z, Townsend J. (1999) "The role of general practice in promoting teenage health: a review of the literature". Fam Pract: 16:164-172.

# **ANEXOS**

# **Anexo I**

## **Entrevistas a Actores Clave en las Provincias Participantes del Estudio**

## **Provincia de Tucumán**

**Saad Alicia,**

**Departamento Materno-Infarto-Juvenil, Sistema provincial de Salud (Si.Pro.Sa)**

### **Entrevistados:**

#### **Ministerio de Salud.**

Jefe de Departamento Materno Infanto-Juvenil

Referente del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva

Jefa de la División Salud Mental

Efectores del 3er nivel de atención. Hospita

I del Niño Jesús donde funciona un Servicio de Adolescencia integrado por una médica pediatra (jefa del mismo, quien fue entrevistada), una médica endocrinóloga y dos psicólogas.

Dentro de los efectores del 3er nivel y también perteneciente al Hospital de Niños se entrevistó a la trabajadora social.

Efectores del 2do nivel de atención: Hospital ubicado en el interior de la provincia (Área Oeste), donde funciona un consultorio de adolescencia para la atención integral, con una médica tocoginecóloga (quien fue entrevistada), un médico pediatra, una psicóloga, un agente sanitario.

Efectores del 1er nivel de atención: Centro de Atención Primaria de la Salud, ubicado en la capital en una zona periférica de la provincia, donde, si bien no hay espacio físico adecuado, se atiende integralmente al adolescente, ya que cuenta con recursos humanos para tal fin: una psicóloga (quien fue entrevistada), una médica pediatra, un médico generalista y un agente sanitario.

#### **Ministerio de Educación**

Responsable de Educación Media

Responsable de **Ministerio de Desarrollo Social. Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia**

Responsable de **Dirección de Deporte y Recreación de la Municipalidad de San Miguel de Tucumán**

#### **OSC**

Responsable de **FUNDEQ (Fundación Desarrollo y Equidad)**

Responsable de **Manos Abiertas**

## **Reporte:**

Las entrevistas a cada uno de los actores fueron llevadas a cabo en sus respectivos lugares de trabajo. Cuando el entrevistado (efector de salud) se hallaba en sus tareas asistenciales, además del interrogatorio, se realizó una visita guiada por el servicio a fin de conocer y corroborar la información recopilada.

Lo mismo ocurrió con el referente del área de Deportes, quien enseñó las instalaciones mostrando sus virtudes y falencias.

En general, las personas accedieron sin mayores inconvenientes a la entrevista, mostrando un especial interés tratándose de los/as adolescentes, ya que consideraron en su mayoría que este grupo etéreo es el que más necesita atención, dedicación, cuidados y respuestas desde los distintos sectores.

Los objetivos, las concepciones, las problemáticas señaladas y su abordaje, las intervenciones realizadas y la intersectorialidad se identifican según las distintas áreas, coincidiendo algunas y discrepando otras:

A continuación se describen los objetivos en materia adolescente que manifestaron los referentes de cada una de las áreas entrevistadas:

- Salud, Educación, Desarrollo Social: mejorar la salud materno infanto juvenil, garantizar el acceso a la salud, brindar servicios de salud de calidad, supervisar y capacitar en materias de salud sexual, suicidio, violencia, etc.
- La escuela además de contener debe enseñar y garantizar un aprendizaje de calidad por parte del educando.
- Educación y Salud: capacitar (salud sexual, suicidio, violencia).
- Deportes y Educación: mejorar la calidad de vida, promover proyectos de vida, favorecer autoestima, generar conductas deportivas.
- Educación, Desarrollo Social, Salud, OSC: ejercicio de la ciudadanía y la participación activa del adolescente, consolidación de un sistema integral de protección de derechos y perspectiva de género.
- Desarrollo Social, Deportes, OSC: sacar al chico de la calle (lo que significa sacarlos de la droga y el alcohol).
- Educación, Salud, Desarrollo Social, OSC: promover la permanencia de los chicos en el sistema educativo, acompañar, incorporar y fortalecer a las familias.
- OSC, Salud, Educación: promover el efecto multiplicador de los jóvenes como actores y como transmisores de contenidos adecuados a sus pares.
- Desarrollo Social, Salud, OSC: desarrollar potencialidades en contextos recreativos y culturales.
- Salud, Educación: implementar talleres y programas para padres y madres adolescentes.

Eje común: Necesidad de promover la inclusión social de los adolescentes implementando estrategias tendientes a: detección, promoción y prevención de situaciones problemáticas a partir de la interacción de los distintos sectores.

Las problemáticas adolescentes más preocupantes y coincidentes entre los entrevistados fueron: aborto, embarazo adolescente, (si bien no se vigila desde salud mental, tiene impacto en la salud mental de la madre y del niño), adicciones (alcohol,

drogas), suicidio, muertes por causas violentas, trastornos alimentarios e infecciones de transmisión sexual.

Metodología generalizada para abordar la problemáticas e intervenir de modo concreto: capacitaciones con talleres y jornadas (en el caso de Deportes, si bien remarcan que el suicidio no es un tema de sus competencias, lo abordaron a través de “Jornadas por la Vida”)

Sobre los recursos humanos: necesidad de aumentarlos y capacitarlos. Si bien las instituciones cuentan con profesionales de las distintas disciplinas, consideran la necesidad de aumentar los mismos para el accionar cotidiano.

Se puso en evidencia, la falta de espacio físico, condiciones edilicias y recursos financieros adecuados, excepto Educación que considera que desde el año 2003 a la fecha creció el número de escuelas urbanas y rurales y se ampliaron los recursos económicos.

Se mencionó la falta de acompañamiento por parte del Estado Nacional para tratar las problemáticas emergentes y de dispositivos y políticas públicas puntuales que contemplen determinadas situaciones, ejemplo: adicciones, situación de calle ligada al trabajo infantil, analfabetismo, espacios de atención de la salud adolescente, espacios de participación adolescente en temas de ciudadanía, derechos y responsabilidades o actividades de desarrollo de potencialidades recreativas y culturales.

La mirada hacia este grupo etéreo se expresó como “problema o conflicto” y como “pasibles de considerarlos con sus “necesidades y potencialidades”

En general desde **Salud** se hizo referencia al grupo adolescente como el “más vulnerable”, con dificultades para ser concientes de riesgos y resistentes a reconocer sus propias problemáticas. Se recalcó la impaciencia de los mismos, “no quieren esperar para ser atendidos”, “no les gusta esperar” y demuestran una disconformidad horaria para la atención. El adolescente llega a la atención por demanda espontánea.

Hay una falta de información y de acompañamiento de los padres a la hora de acceder a los servicios de salud.

Coincidieron en la integralidad de la atención a este grupo etéreo. La necesidad de un espacio diferenciado de atención y de recursos humanos para tal fin, como así también la actualización permanente del mismo.

Las instituciones entrevistadas trabajan en la atención dentro de la institución como con la comunidad.

En la consulta adolescente se destaca la interdisciplinariedad y la intersectorialidad.

**Desarrollo Social. Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia:** compara las intervenciones anteriores cuando regía el Patronato (se sacaba a los chicos de la calle y se los institucionalizaba) con la sanción de la Ley N°26061 (año 2005), centrándose en niños, niñas, adolescentes y familia, o sea el grupo familiar. Se pone el eje en el fortalecimiento familiar.

El horizonte es el acceso a derechos, la construcción de redes institucionales y en el entendimiento que ningún organismo solo puede dar respuesta a una problemática que es integral.

Consideran a las intervenciones oportunas en su momento, pero la dificultad es el seguimiento.

Hay varias formas de captar a la población objetivo: vía línea 102, a través de juzgados y defensorías de menores, gente que se presenta al área, a través de otros organismos, operadores de la calle que detectan situaciones en los municipios.

En la tabla siguiente, a modo de ejemplo, se especifican las problemáticas denunciadas que recibe la línea 102, de acuerdo a las edades de las víctimas (julio y agosto 2011).

PROBLEMÁTICA	EDAD				TOTAL
	0 – 5 años	6 – 10 años	11 – 15 años	16 - + 18 años	
Violencia física	60	59	28	7	154
Violencia sexual	1	0	1	1	3
Prostitución infantil	0	0	1	1	2
Negligencia	41	39	20	3	103
Abandono	6	11	18	4	39
Situación de calle	4	19	8	6	37
Total	112	128	76	22	338

**Educación** sostiene que el objetivo de estudio es el sujeto de aprendizaje. La educación secundaria tiene contenidos relacionados al adolescente.

Refiere que la Ley Nacional de Educación (año 2006) incluye y permite la implementación de contenidos específicos: educación vial, educación sexual, ambiental, cooperativismo.

Considera que es importante el trabajo territorial, saliendo la secretaría a terreno, a las escuelas.

Las áreas de políticas socioeducativas son soportes para que el adolescente llegue y permanezca en la escuela. También programas de escuelas abiertas.

La población objetivo es la población cautiva, con una cobertura del 84%.

En el año 2003 había 50 escuelas secundarias. Actualmente hay 220 escuelas urbanas secundarias completas con ciclo básico y orientado y, otras 220 rurales que tienen ciclo básico y el ciclo orientado lo completan en otras escuelas con el programa de movilidad.

**Organizaciones de la Sociedad Civil:** fundamentalmente trabajan en el fortalecimiento del grupo familiar, la inclusión social de la familia, reinserción escolar y laboral del adolescente, brindando asistencia y cubriendo las necesidades básicas.

Se firmaron convenios intersectoriales para la ejecución de programas y proyectos: "Adolescencia e inserción social"; "Adolescentes protagonistas en prevención de

VIH/SIDA”; “Jóvenes comprometidos en la prevención de VIH/SIDA”; “Adolescencia e integración social”; “Jóvenes comprometidos en el cuidado del medio ambiente”; “Adolescentes construyendo ciudadanía”; “Reconversión de comedores infantiles y comunitarios”

Se trabaja en S. M. de Tucumán con 10 comedores y en el interior con 40 comedores; entre todos los comedores hay alrededor de 3000 chicos de 0 a 16 años y unas 500 familias.

Existen también las llamadas “Cocinas comunitarias”, de los 50 comedores hay 13 con cocinas comunitarias y el objetivo es recuperar la comensalidad familiar.

Más que el abordaje directo actúan como articuladores. No tienen estadísticas propias.

**Conclusión:** Se pudo comprobar que en la provincia hay distintos actores e instituciones trabajando para, por y con los adolescentes. Cada uno desde donde les corresponde, en articulación con los distintos sectores.

Con respecto al trabajo intersectorial, si bien la mayoría considera la importancia, necesidad y en cierta medida lo realizan, en la práctica al evaluar los resultados, se evidencia que la intersectorialidad no es suficiente.

	<b>Objetivo general</b>	<b>Concepciones, valores, creencias</b>	<b>Lugar en el organigrama. Importancia y legitimidad que tiene el lugar en el que trabaja</b>	<b>Principales problemáticas señaladas</b>	<b>Modos de abordaje</b>	<b>Intervenciones concretas</b>	<b>Trabajo intersectorial</b>	<b>Resultados obtenidos</b>
<b>Ministerio de salud</b>								
Entrevista 1 Jefe de Departamento Materno Infanto Juvenil	-Mejorar la salud materno infanto juvenil. -Disminuir la morbi mortalidad de estos grupos etáreos, trabajando en promoción y prevención	La población materno infanto juvenil es la más vulnerable.	Ministerio de Salud. Sistema Provincial de Salud. Programa Integrado de Salud	-Muertes por causas violentas -Abuso de sustancias (drogas, alcohol) -Trastornos alimentarios -Suicidio -Embarazo adolescente	Promoción y prevención, interactuando con otros sectores (escuelas, organizaciones juveniles, otros ministerios). El abordaje es: -Técnico - Normativo y de -Capacitación	-Capacitaciones a los recursos humanos del sistema de salud público y privado. -Monitoreo de los indicadores. -Supervisión de servicios. -Elaboración de estrategias para problemas específicos. -Seguimiento epidemiológico de cada grupo poblacional que competen al Dpto. -Participación en mesas intersectoriales	Educación, Desarrollo Social, Municipalidad, Sociedades Científicas, UNT, ONG	La optimización de la calidad de atención de los servicios de salud, capacitando a los recursos humanos y dotándolos de los insumos necesarios
Entrevista 2 Referente del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva	-Acceso de usuarios y usuarias a un servicio de salud de calidad. -Reducir la muerte materna por aborto	-No se puede bajar el egreso hospitalario por aborto - No es un programa priorizado en la provincia	Ministerio de Salud. Sistema Provincial de Salud. Programa Integrado de Salud	-Embarazo no planificado -Suicidio -Adicciones	-Prevención de embarazo no planificado (capacitaciones, entrega de insumos). -Otros temas abordados: género, derechos, prevención de ITS	-Formación de promotores comunitarios -Implementación del programa en los servicios de salud	OSC, Ministerio de Desarrollo Social, de Educación, de Justicia	A través de las supervisiones capacitantes en los servicios
Entrevista 3 Jefa Área Salud Mental	-Normatización de procedimientos -Programación de actividades -Supervisión de	La población adolescente tiene dificultades con la conciencia de riesgos, lo que	Ministerio de Salud. Sistema Provincial de Salud. Programa	-Intoxicaciones agudas por sustancias psicoactivas -Intento de	Prevención, asistencia y rehabilitación de los trastornos mentales de todos	Las acciones son indirectas, ya que se trabaja con los efectores de salud mental y salud	Ministerio de Desarrollo Social, de Educación, UNT, Programa	Las intervenciones que se realizan precozmente y logran instaurar

	servicios -Capacitación sobre las prestaciones y efectores de Salud Mental del Sistema de Salud -Implementación Programas en base a prioridades epidemiológicas -Asesoramiento técnico a nivel político para el Desarrollo de Políticas de Salud -Desarrollo de la red de atención de Salud Mental	incide en la baja demanda a los servicios precozmente y su llegada en la urgencia	Integrado de Salud. Dirección de Salud de las personas	suicidio -Anorexias graves -Trastornos mentales severos -Maltrato -Violencia -Depresión -Trastornos de ansiedad -El embarazo adolescente no se vigila desde Salud Mental, pero si tiene impacto en la salud mental de la madre y del futuro niño	los grupos etéreos y por ende de las/os adolescentes a través de Programas prioritarios: Prevención y abordaje de la conducta suicida; Consumo de sustancias o adicciones; Anorexia y bulimia; Urgencias en salud mental	general, a través de orientaciones técnicas para que puedan abordar adecuadamente las problemáticas de salud mental	de VIH, INADI, Juzgados de Menores, ONG.	un trabajo conjunto con las redes familiares del adolescente u otras redes de contención a nivel local o institucional
<b>Otros ministerios</b>								
Entrevista 1 Educación: Responsable de Educación Media	-Inclusión (universalidad de la secundaria) -Seguimiento de la trayectoria(la escuela además de contener tiene la misión de enseñar, no sólo que ingresen sino que permanezcan) -Profesionalización del docente (capacitación y mayor permanencia del docente en la escuela)	Los adolescentes deben ser escuchados, hacerlos visibles desde su lugar de goce. Que ejerzan la ciudadanía, la participación	Ministerio de Educación	-Embarazo adolescente -Proyectos de vida -Autoestima	-Detección y prevención. -Desde distintas áreas educativas como soporte para la permanencia en la escuela. -Cumplimiento de la Ley Nacional de Educación. -Acompañamiento del Estado ante las problemáticas emergentes. -Intervenciones articuladas -Capacitación en educación vial, sexual, suicidio adolescente	-Estructural: convivencia escolar, construcción colectiva y actas de convivencia -Situaciones emergentes: se acude a organismos como gabinete pedagógico, Servicio de Asistencia Social Escolar, Grupo de Mediación Escolar	UNICEF, UNT, Salud, Desarrollo Social, Ministerio de la Producción	-Cobertura del 84%.. - A partir de la asignación universal se bajó la repitencia. - Abordaje estructural de la problemática con acciones preventivas

<p>Entrevista 2 Responsable de Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia</p>	<p>Planificar, ejecutar y monitorear medidas de promoción, prevención y protección a niñas, niños y adolescentes y sus familias. Protección de derechos</p>	<p>-Hay un estigma del adolescente por parte de la sociedad (vagos, rebeldes, conflictivos, peligrosos socialmente). - Niño y adolescente como sujeto de derecho, -construcción de ciudadanía - Hay menos servicios públicos en general, para niños/as, adolescentes y jóvenes. - Se carece de políticas públicas en general.</p>	<p>Ministerio de Desarrollo Social</p>	<p>-Embarazo adolescente -Situaciones de abandono, de calle, violencia -Consumo de sustancias - Deserción escolar -Abuso sexual</p>	<p>-Promoción y prevención para la restitución de: derechos, familiar y comunitaria. -Fortalecimiento familiar con el acompañamiento del Estado. -Construcción de redes institucionales (concepción integral de la problemática). - Abordaje coordinado y articulado -Garantizar el acceso a la salud (involucrando a las familias en el entendimiento de su importancia) -Vía línea 102, a través de juzgados y defensorías de menores, demanda de comunidad, a través de otros organismos -Operadores de calle que detectan situaciones y realizan promoción, difusión y capacitación</p>	<p>-A través de: a) medidas de protección: restitución de derechos y b) medidas excepcionales: en el caso que el chico no pueda permanecer con su familia. -Revisión de situaciones de hacinamiento o in documentación guardas, acompañamiento en casos de violencia -Trabajo en lo vincular y en gestión de recursos.</p>	<p>-Se aprobaron 30 proyectos con fondos de la Secretaría ligados a promoción de derechos. - Fundación CASIS, SION, Puerto Crecer, FAN, FAI, Pro Vera Vita, Crecer Juntos, Mate Cocido, Manos Abiertas, Abrojo, Bethseda.</p>	<p>La intervención es oportuna en el momento. Cobertura del 100% de los casos que llegan al área, el problema es el tiempo que tardan en llegar y la dificultad en el seguimiento. Tienen mejores resultados los que logran juntar a todos los actores que intervienen y en el que el abordaje tiene una dirección clara y coordinada por una persona</p>
<p>Entrevista 3 Responsable de Dirección de Deporte y Recreación de la</p>	<p>-Sacar al chico de la calle (lo que significa sacarlo de la droga y el</p>	<p>Generar una conducta deportiva en el niño y</p>	<p>Secretaría de Gobierno. Intendencia Municipal</p>	<p>-Alcohol, drogas, violencia. -Se hicieron jornadas para la</p>	<p>-Son deportes amateur y actividades recreativas.</p>	<p>Con recursos del municipio y actividades diarias. -Las acciones</p>	<p>Con la provincia</p>	<p>-Se llega a un 40% de la población. - Las</p>

Municipalidad de San Miguel de Tucumán	alcohol). -Generar una conducta deportiva. -Lograr una mejor calidad de vida	adolescente para "fomentar un hábito que lo lleva de por vida"		vida (cuando fue el suicidio masivo de adolescentes en una de las escuelas en la provincia).	- Se hace publicidad en TV, radio, diarios, en todos los medios de información pública	deportivas y recreativas son: foot-ball, basket, boley. En total son 17 actividades -Programas "Gimnasia para el niño con sobrepeso" y seguimiento con nutricionista. -Inserción del niño no vidente en el deporte. -Deportes en sillas de ruedas. -Deportes con chicos con discapacidad mental		intervenciones son buenas, los complejos deportivos trabajan a plaza completa. -El foot-ball es el que tiene mayor resultado
<b>Servicios de Salud</b>								
Entrevista 1 Efectores del 3er nivel de atención. Jefa del Servicio de Adolescencia del Hospital del Niño Jesús. Capital. Médica pediatra	Atención en Salud Integral del adolescente	-Mitos culturales -Medicina alternativa -Automedicación -El adolescente llega al servicio, queda satisfecho y vuelve, trae a sus amigos y familiares - Como hospital pediátrico,, la mirada de los colegas está puesta en los más chicos	Ministerio de Salud. Sistema Provincial de Salud	Las más preocupantes: -Intentos de suicidio -Conductas adictivas) -Consumo de sustancias -Trastornos de la conducta alimentaria.	Abordaje de manera integral tomando al consultante como protagonista	Otras intervenciones -Evaluación de crecimiento y desarrollo -Patología prevalente -Alteraciones nutricionales -Trastornos del ciclo localizaciones -Salud Mental: trastornos vinculares y angustia	Otros hospitales(en la derivación) Areas operativas. Otras instituciones Provincias vecinas (en la derivación)	-Incorporación de recursos humanos - Logro de un espacio para la atención diferenciada -Creación de la red de referencia y contrarreferencia con el resto del Sistema de Salud -Incremento de nuevas consultas y permanencia de los pacientes en el seguimiento
Entrevista 2 Efectores del 3er	Educadora Social (llevar	-Falta de información	Ministerio de Salud.	-Consumo de sustancias	Atención integral a fines de	-Información -Prevención	-Defensoría de Menores.	Interviniendo en el problema o

nivel de atención. Trabajadora Social de Servicios Sociales del Hospital del Niño Jesús. Capital.	intencionalmente un proceso para que los sujetos con los cuales se interviene reflexionen acerca de su situación problema)	-Falta de acompañamiento de los padres -Falta de acceso a la educación	Sistema Provincial de Salud	(alcohol, drogas especialmente paco) -Intento de suicidio -Violencia sexual	protección, prevención y promoción adecuada de su salud	-Asesoramiento -Capacitación -Seguimiento de pacientes en tratamiento crónicos, con sociopatías, maltrato, etc.	-Políticas Sociales -Instituto de Menores -CAPS y otros Hospitales	situación concreta del adolescente, atendiendo sus necesidades primordiales
Entrevista 3 Efectores del 2º nivel de atención. Hospital del interior de la provincia. Médica tocoginecóloga	Atención en Ginecología y obstetricia. Interior de la provincia (Área Oeste)	-Al adolescente no le gusta esperar para ser atendido -Disconformidad horaria para la atención	Ministerio de Salud. Sistema Provincial de Salud	-Embarazo -Infecciones de Transmisión Sexual -VIH -VPH -Abuso sexual -Abortos espontáneos y provocados - Adicciones	- Se realizan charlas en la sala de espera y en las escuelas abordando las problemáticas adolescentes -Consejería en general	-Hay un consultorio de atención interdisciplinaria para el/la adolescente -Actividades intra y extramuro	-CAPS de la zona -Escuelas -Comedores -Medios de difusión -ONG	En general los resultados son buenos, tanto en la atención brindada en el servicio como en las actividades con la comunidad
Entrevista 4 Efectores del 1er nivel de atención. Centro de Atención Primaria de la Salud. Psicóloga	Asistencia en Salud Mental	-Resistencia de los adolescentes a reconocer sus propias problemáticas - Los adolescentes no quieren esperar para ser atendidos -La zona es conflictiva, es difícil llegar a la gente. Hay familias que venden drogas	Ministerio de Salud. Sistema Provincial de Salud	-Embarazo adolescente -Suicidio -Abuso sexual -Adicciones (Alcoholismo, drogas) -Violencia	-Talleres para embarazadas -Trabajo comunitario -Talleres para padres - Talleres preventivos para adolescentes	-Gestión de un espacio diferenciado en el CAPS para atención de adolescentes -Psicoprofilaxis obstétrica con embarazadas adolescentes -Extramuro: a) Actividades comunitarias con el centro comunitario de la zona. b) Con la escuela: en talleres para padres y adolescentes (cine, video, debate). c) Talleres preventivos con los pasantes de la UNT	ONG, ANDES, CIC (Centro Integración Comunitaria) Los Chañaritos, UNT, PUNA, Servicio de Adicciones del Hospital Avellaneda, escuelas, PLP (Proyectos Locales Participativos) del Programa Remediar	Muy buena adhesión de los adolescentes y la comunidad a los diferentes proyectos que se realizan desde el CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud)

						d) Con el colegio secundario para instalar un espacio para atención integral del adolescente		
<b>Organizaciones de la sociedad civil</b>								
Entrevista 1 FUNDEQ (Fundación Desarrollo y Equidad)	Planifica, ejecuta y evalúa proyectos y programas de capacitación y asistencia técnica en el campo social, de la salud y educación	-Construcción de ciudadanía. -Jóvenes como actores y como vehículo de transmisión de pares. -El trabajo con jóvenes es positivo, demuestran compromiso y van sumando gente a los proyectos que participan	Tiene personería Jurídica	-Maternidad precoz -Adicciones -Violencia	El abordaje es: promoción grupal capacitación, orientación vocacional, reinserción escolar, capacitación laboral	-Construcción de capital social: articulando acciones entre OSC, Estado, organizaciones de mercado y cooperación internacional. -Formación de promotores juveniles. - Programa "Familias para la inclusión social" - Programa "Adolescencia e integración social" -Proyecto "Adolescentes protagonistas en prevención del HIV/SIDA" -Proyecto "Jóvenes comprometidos en prevención del HIV/SIDA" -Proyecto "Jóvenes comprometidos con el cuidado del medio ambiente. -Proyecto PAQU "Actividades e apoyo a la prevención y	Redes Internacionales, nacionales y provinciales	-Muy buenos resultados con las capacitaciones en oficio, ya que además de desarrollar potencialidades favorece la salida laboral. -Las intervenciones más exitosas son aquellas que permiten la flexibilización del proyecto a medida que las propuestas van cambiando; lo que permite trabajar con la demanda real de las comunidades

						control del VIH/SIDA en la Argentina". -Proyecto "Adolescentes construyendo Ciudadanía Nacional"		
Entrevista 2 Manos Abiertas	-Promover los derechos de niños/as y adolescentes. -Fortalecer las familias, comunidad. -Trabajar en articulación con otras instituciones. -Incidencia en políticas públicas de la infancia	-Sujeto (persona), Sujeto de derecho -Vínculo -Familia -Barrio -Los adolescentes deben ser escuchados, deben poder expresarse. -Participación de los jóvenes	Tiene personería Jurídica	-Embarazo adolescente - Adicciones -Falta de educación sexual educación en general - Inserción laboral	-En lo referente a salud el rol es como articuladores, no directo. -Abordaje integral. y articulado - Actividades de Prevención. -Brindan asistencia cubriendo las necesidades básicas (ofreciéndoles un lugar para comer, asearse e insertarlos en la educación). -Modalidad de trabajo: talleres con tallerista idóneo en cada temática (plástica, música, deportes, lectura).	-Fortalecimiento familiar (se trabaja con las madres de los niños). -Con los comedores (Reconversión de comedores infantiles y comunitarios). -Cocinas comunitarias (para recuperar la comensalidad familiar).	-Dirección de Políticas alimentarias. -Dirección de Niñez Adolescencia y Familia. -Red Nacional "Red Onda" (promoviendo los derechos del niño y la participación infantil)	-Las intervenciones con las familias y con el adulto. – Las intervenciones no son aisladas, son articuladas.

## **Provincia de Catamarca**

### **Vazquez Mariela**

#### **Dirección Provincial de Maternidad e Infancia**

#### **Reporte**

En la Provincia la estructura organizacional respecto al área de incumbencias de las políticas de adolescencia tienen que ver con niveles de Direcciones simples y Direcciones provinciales de los diferentes Ministerios.

Se entrevistó a los diferentes actores involucrados en un marco de transición ya que en el mes de marzo del 2011 se realizaron las elecciones provinciales ganando las mismas la línea política opositora a la gobernante hasta el momento, el traspaso de mando se realizó en diciembre; por lo tanto en el momento de las entrevistas, los Directores entrevistados sabían que su mandato estaba próximamente a concluir y en algunos casos dificultó las mismas. Como así también en el caso de Educación entrevistamos a quien se encontraba como responsable en el área de educación media, ya que la persona que ocupaba el cargo había solicitado una prolongada licencia. En otras entrevistas también se vió reflejada dicha situación política de transición, en diversos contextos aludiendo a lo que queda para que realice la próxima gestión, se observó también como este tema influía en el estado de ánimo predisponiendo positiva o negativamente de acuerdo a situaciones personales a los entrevistados. Esto último era notable en gestos o la dificultad para conseguir se realice la entrevista en sí misma.

Como resultado general, muchos actores se sitúan con una mirada desde el afuera, enunciando barreras sin involucrarse en la problemática, esperando soluciones no generándolas, observándose escasa apropiación de la temática.

En cuanto a los silencios, olvidos, gestos, etc. fueron de expresión variable dependiendo del actor. Dónde más hubo silencio fue en el momento de definir acciones realizadas y en la medición de impacto, los relatos de articulación o trabajo intersectorial tenían más que ver con relatos de casos particulares más que con una estrategia definida y consensuada.

Los datos de la realidad tuvieron interpretaciones variadas, incluso afirmaciones de posicionamiento en cuanto a epidemiología de la provincia (ejemplo con embarazo adolescente) realizando afirmaciones según la creencia empírica del entrevistado.

Se pusieron en evidencia diferentes visiones personales relacionadas a las temáticas que no precisamente están vinculadas con el cargo que ocupa sino con una mirada social desde un rol personal como miembro de la comunidad de la provincia.

#### Recurrencias y diferentes perspectivas y miradas sobre los mismos temas:

Se repitieron conceptos tales como: “adolescente como sujeto de derecho”, “disminuir la morbimortalidad”, “proteger la población adolescente”, “empoderar al adolescente de

sus derechos y del auto cuidado”, llamando la atención que este último concepto fue expresado solo por una ONG y no por los organismos del estado.

No existe coincidencia en la definición del adolescente. Existen actores que tienen una mirada fragmentada de esta población, solo preocupados o mirando el área de su competencia en cuanto a la adolescencia. No existe una mirada holística del adolescente y su problemática, lo cual deja ver la falta de articulación intersectorial de la que se da cuenta en varios comentarios en las entrevistas realizadas.

De lo que se desprende que cada actor mire y busque soluciones desde lo parcial y se refiera a la articulación solamente en casos puntuales no en la elaboración de una política integral para la adolescencia.

Llama la atención que en dos oportunidades se enuncia al **ocio** como un problema del adolescente y no como una fortaleza a desarrollar y generar producciones de ese momento. Desde el Programa de Adolescencia se ha trabajado con muy buenos resultados en espacios públicos donde los adolescentes comenzaron a mostrar diferentes habilidades artísticas, culturales, físicas en base a una propuesta dirigida a ellos.

Es recurrente el tema de la articulación pero impresiona que el concepto de articular no sea el mismo para todos los actores. No se refieren a “articular” como idea de construcción colectiva sino como responder a diferentes demandas según el problema, ejemplo si es un problema de violencia con justicia, si es un problema nutricional con el Hospital, etc.

Al plantear la atención del adolescente pocos lo ven con una mirada de seguimiento del crecimiento y desarrollo; solo lo ven desde solucionar problemas de salud (concepción, adicciones, trastornos nutricionales, violencia, etc.)

No se plantea una mirada integral desde la prevención primaria (antes que el evento ocurra), cómo puedo ir dando respuesta al problema ya ocurrido mientras desarrollo estrategias de trabajo con este grupo de prevención para no llegar al problema.

Una recurrencia en casi todos los entrevistados es el enunciar la falta de capacitación a nivel personal para abordar al adolescente desde lo preventivo como desde lo asistencial; la intención de modificar esto y de haber comenzado con capacitaciones al respecto.

Solo dos actores refieren a los adultos y la familia como población a incluir en el trabajo para abordar al adolescente, para otros parecería que el adolescente no es un ser que interactúa con su familia, como miembro de una comunidad, desde una individualidad emocional, racional y social que está en cambio permanente.

Se observa también recurrencia en los entrevistados del equipo de atención al adolescente en el Hospital de Niños, en referencia a dificultades de organización como equipo.

En cuanto a la atención de la problemática de adicciones hacen referencia la mayoría de los entrevistados como aspecto central a trabajar en adolescencia en los diferentes niveles de atención, mirándola como una realidad provincial que a muchos preocupa y no se tiene claro quienes son referentes en el abordaje de la misma.

En relación al embarazo adolescente, muchos entrevistados destacan la temática como preocupante en la provincia, aunque llama la atención como otros no la abordan de la manera adecuada, desde no estar entre sus funciones a dejar como una tarea de investigación más que de acciones a implementar.

Entre los entrevistados, el tema del suicidio es recurrente y remarcado con explicaciones en el caso de algunos, o destacado por la conducta gestual de quienes hacen referencia a que en la provincia las cifras son altas.

Es recurrente el plantearse intervenciones a llevar a cabo como una tarea para otros, para la gestión entrante, especificando en algunos casos con suma claridad lo que no se logró y que otros lo deberían lograr.

#### Barreras detectadas:

- Barreras institucionales que hacen que el adolescente no concurra a la consulta por distintos motivos: no tener un horario amplio, no contar con una tarea sistematizada en espacio físico amigable, por falta de trabajo de equipo, por falta de capacitación en el abordaje, por dificultades económicas para el traslado, por desconocimiento de lo que ofrece el sistema de salud de la provincia.  
Dentro de estas barreras tal vez la que mas se ha podido vencer es la del Programa de Salud sexual y Procreación responsable que se viene trabajando sistemáticamente hace varios años en toda la provincia sobre los métodos anticonceptivos y acceso a los mismos para toda la población.
- Barreras del adolescente: forma de pensar, minimizar los problemas, fantasías que el servicio de salud despierta en ellos, vergüenza de acercarse al centro de salud del barrio porque es conocido por el equipo tratante, no saber que la salud es su derecho. Falta de comunicación de los espacios amigables existentes para su atención y consulta.

No fue expresado en las entrevistas pero a nivel provincial la ley de educación sexual choca con creencias religiosas de la provincia que hacen que no se haya avanzado en este tema, es importante destacar que recién en agosto del 2011 se comenzara a implementar la Ley de Educación Sexual en las Escuelas llevándose a cabo capacitaciones en la Capital y en dos departamentos de la provincia.

#### Capacidades e intenciones de intervención e incidencia:

Desde la Dirección Provincial Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Provincia a través del Programa Provincial de Adolescencia se ha fomentado la creación de los consultorios de atención integral amigables para los adolescentes; con un equipo coordinador en el Hospital Interzonal de niños y buscando referentes en las diferentes áreas programáticas para conformar la red.

El Hospital desde su área asistencial ha trabajado en equipo en este proyecto y ha implementado, con la intervención de la comunidad (como la radio abierta "Radio en La Plaza"), actividades que se realizan semanalmente, consistente en tareas de promoción y prevención en salud dirigido a los adolescentes que se auto convocan. Dicha actividad, declarada de interés provincial, se implementa a partir de la

articulación de distintos organismos gubernamentales y no gubernamentales; Municipalidad de la Capital, Policía de la Provincia, Derechos Humanos, Subsecretaría de Prevención de Adicciones, Escuelas de teatro, danzas, talleres artísticos, con áreas de la cultura de la Provincia, instituciones privadas, etc.

Desde el Programa de Adolescencia se articuló con direcciones y departamentos del Ministerio de Salud (Prensa y Protocolo, Departamento de Educación para la Salud y Programa de Salud Sexual) para coordinar las actividades de “la radio en la Plaza”, además se trabaja en talleres en los CAPS y en establecimientos escolares privados y públicos.

Se logró también articular acciones a través de una ONG del Departamento de Santa María “Red aquí ahora a tu lado” con quien se trabajan a partir de talleres temas como suicidio, adicciones y salud sexual.

En el área educación se ha participado desde salud en 4 reuniones como asesores para implementar la ley de Educación sexual pero luego no se ha continuado con el proceso.

Desarrollo social ha articulado con Justicia, Educación y Salud a través de APS y Salud Mental

Consideramos que existen esfuerzos aislados valorables si se mira la realidad provincial donde las acciones realizadas son innovadoras algunas, acomodándose a la idiosincrasia de la comunidad con escasos recursos económicos otras, pero que quizás la no costumbre de trabajo intersectorial obstaculice el trabajo transversal en equipo, lo cual a su vez dificulta la comunicación y difusión de las acciones que cada organismo desarrolla.

	Objetivo general	Concepciones, valores, creencias	Lugar en el organigrama. Importancia y legitimidad que tiene el lugar en el que trabaja	Principales problemáticas señaladas	Modos de abordaje	Intervenciones concretas	Trabajo intersectorial	Resultados obtenidos
<b>Ministerio de salud</b>								
Entrevista 1	Disminución de la Morbimortalidad materno-infanto-juvenil	adolescente como sujeto de derecho. Epoca de crisis que necesita la presencia del adulto acompañando. Problemáticas de abordaje intersectorial por ser de causas multifactoriales.	Tercer lugar en jerarquía, luego del Ministro, Lugar legítimo-	Consumo de alcohol, embarazo adolescente, suicidio, falta de proyectos por parte del adolescente, falta del rol del adulto en el acompañamiento.	Existe un programa provincial dentro de la Dirección, trabajo con los efectores para contar con consultorios saludables, conformación de la red provincial, trabajo en terreno con adolescentes	Radio en la Plaza (actividad comunitaria con adolescentes una vez por semana), Diagnóstico de situación en población escolar	Desarrollo social y educación, Municipalidad de capital	Puesta en marcha del consultorio en HINEP y posta municipal, Menor violencia en la plaza 25 de mayo. Instalar en agenda el tema adolescencia
Entrevista 2	Desarrollar tareas preventivas en el campo de la salud mental y a la vez ser asesor de otras subsecretarías y direcciones provinciales respecto a la cobertura de salud mental.	No tomar en la planificación como una etapa particular a la adolescencia. Todos los programas son generales para todos los grupos.	Dirección simple, 4º lugar luego del Ministro, considera que debería ser una dirección provincial con ingerencia en el área asistencial.	Adicciones, maltarato, abuso,	Programas generales para todas las edades según problema	creación del centro Humaraya (hospital de día de atención de adicciones), fortalecimiento de la ley de salud mental, reincidencia de las altas del hospital psiquiátrico, línea de ayuda al suicida, programa quiero ser con las escuelas	educación	100% programa quiero ser. Iganguraicón del Humaraya
Entrevista 3	Reducir morbilidad materna	sujeto de derecho, la salud sexual como un derecho del adolescente.	área de trabajo en la Dirección Provincial materno infantil	embarazo adolescente, adicciones, accidentes viales y suicidios.	Mirada transversal y abordar el tema no solo desde la sexualidad sino desde una mirada integral	respuesta a demandas de diferentes ámbitos educativos, ong, policía.	educación con mucha dificultad	Construcción colectiva con los adolescentes en los talleres dados.

<b>Otros ministerios</b>								
Entrevista desarrollo social	1. Protección integral de niños y adolescentes	mirada del adolescente desde el problema judicial y no desde lo integral.	Dirección simple 4º en orden con respecto al Ministro	violencia familiar, fuga del hogar, adicciones	Se conformaron consejos de la niñez, Programa pequeño hogar, referentes visibles en los municipios	Trabajo en red con justicia, y otros actores, como asistencia a la víctima.	Ministerio de gobierno y justicia, policía, derechos humanos, coordinación de tras y explotación y con Ministerio de salud (salud mental, aps)	Conformación de los consejos.
Entrevista Educación	2. Garantizar la educación a todos los sujetos domiciliarios y hospitalarios con alguna patología	mirada integral en el marco de la ley 26206	Jefatura en el marco de una Dirección Provincial	accidentes de tránsito	garantizar educación y espacios no formales que están vinculados con el arte y lo recreativo	Escuela hospitalaria del HINEP, centro de actividades juveniles, bibliotecas abiertas, cine movil, línea ludoteca, conectando igualdad.	salud (PROSANE), desarrollo social y gobierno y justicia	Recién se puso en marcha, por el momento articulación positiva.,
<b>Servicios de Salud</b>								
Entrevista 1	Lograr una atención integral de los adolescentes	Adolescente sujeto que transita una etapa de renacer que debe ser acompañado en un espacio amigable	Instructor de residentes	Accidentes, adicciones, sexualidad, embarazo, depresión y suicidio	Crear el consultorio, crear guía de procedimiento de atención, conformar el equipo multidisciplinario, capacitación del personal hospitalario en general sobre la problemática	Creación del consultorio integral, talleres en caps y escuelas	salud, educación.	Poco tiempo para evaluar
Entrevista 2	conformación de equipo especial para atención de pacientes adolescentes	Adolescente con barreras internas para acercarse a salud, prejuicioso	psicóloga	adiciones e intento de suicidio, problemas vinculares	asistencial	asistencial	Humaraya centro de atención de día	
Entrevista 3	Fortalecer los aspectos saludables en lo individual y colectivo	Mirada del adolescente desde la enfermedad no desde la salud	trabajadora social	vulnerabilidad, familia disfuncional, embarazo adolescente, intento de suicidio, adicciones, violencia familiar	Programas de Ministerio	asistencial	Salud, justicia	
Entrevista 4	no refiere	mirada parcial desde la anticoncepción	obstétrica	anticoncepción	a través del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable	entrega de folletería	Dirección Provincial materno infantil programa SSPR	
Entrevista 5	Atención de la problemática integral del adolescente. Incluyendo su control de crecimiento	al adolescente le cuesta concurrir a la consulta, el adolescente se siente desamparado no sabe donde concurrir sobretodo el varón.	ginecóloga infanto juvenil	tema de anticoncepción, violaciones, abuso, embarazo adolescente	Consultorio integral, talleres a demanda en la comunidad	consultorio integral	Salud Dirección Provincial Materno-infantil. Programa nacional de adolescencia	
<b>Organizaciones de la sociedad civil</b>								
Entrevista 1 Asociación Civil VIVHIS	Lograr el empoderamiento y fortalecimiento de las personas para el cuidado integral de la salud	Mirada del adolescente como sujeto de derecho. Querer cambiar la historia.	Miembro de la ONG	abuso de sustancias, suicidio, falta de un proyecto de vida	Promover defensa de sus derechos	cine debate, talleres, charlas, cedes de participación vecinal, búsqueda de la persona en su contexto	ATA, Ministerio de salud. Muy difícil con educación	

## Provincia de Misiones

Alicia Díaz

### Programa Materno-Infantil

#### Reporte

Considero que en todas las entrevistas se planteo, la necesidad de evaluar al adolescente en su conjunto, con la familia y la sociedad toda.

Los actores principales, **son los adolescentes**, en esto hay coincidencia. La idea es que participen más, que la sociedad los involucre más, pero para eso se debe cambiar la actitud cultural con respecto a los Derechos del adolescente.

En comparación con años anteriores se ha avanzado mucho, queda mucho por hacer, que con los programas que se están desarrollando a nivel provincial y nacional se va a lograr.

La sociedad globalizada y fuertemente marcada por el consumo en que vivimos atraviesa todos los niveles y ámbitos de nuestra vida. Este medio social se caracteriza por promover un tipo de consumo que nos envuelve en la ilusión de poder acceder a todos los objetos y a la vez ser propietarios de algo. En este contexto los jóvenes, adquieren realidades, que a los adultos preocupa.

El enfoque de "Prevención integral", considera a los factores de riesgo, como fenómenos multifactoriales. De hecho estos factores, son dinámicos, así como la interacción entre ellos. Algunos son más susceptibles de ser trabajados que otros. Es más fácil encarar ciertas acciones preventivas e incidir sobre alguno de ellos, que sobre otros.

Con respecto a las adicciones y su prevención siempre se enmarca en un determinado contexto sociocultural y en cierto discurso social. Tenerlo en cuenta, significa visualizar como el discurso social, se estructura y toma forma con la **participación de todos los miembros de la sociedad**, a la vez que va delimitando y definiendo realidades.

Así tenemos que pensar que los Factores de protección que se deben delinear, es a partir del estudio previo de los factores de riesgo de la comunidad. En los adolescentes existe la sensación de invulnerabilidad "a mi no me va a pasar", con lo cual aumenta las probabilidades de conflictos, en general.

El reconocimiento por parte de la comunidad de lo que esta pasando y la voluntad de la comunidad de actuar en función de los problemas que esta atravesando, es crear conciencia social, hacer visible lo invisible, de esta manera aumenta la percepción de riesgo y daño. Promover la identidad, el autocuidado, la comunicación, el vínculo familiar, son factores de protección, que se apoyan unos a otros y se encuentran en una interacción dinámica.

Los jóvenes se nuclean en grupos de pertenencia, dentro y fuera de las organizaciones. El espacio joven también esta construido sobre una red y su elemento común es la presencia de los otros, que dan identidad o sentido de pertenencia al grupo de iguales. Entonces tenemos que la creación de vínculos entre personas,

grupos y organizaciones (gubernamentales o no) posibilita la generación de espacios comunitarios creativos y de crecimiento social y personal, contribuyendo así a prevenir los factores de riesgo, como embarazo adolescente, adicciones y suicidio.

Las bases en atención adolescente, están claras y presentes, así que queda como política de estado ejecutarlas.

**Provincia de Santiago del Estero**  
**Chami Cecilia – García Chamut Gisella**  
**Dirección Programa Materno-Infantil**



	<b>Objetivo general</b>	<b>Concepciones, valores, creencias</b>	<b>Lugar en el organigrama. Importancia y legitimidad que tiene el lugar en el que trabaja</b>	<b>Principales problemáticas señaladas</b>	<b>Modos de abordaje</b>	<b>Intervenciones concretas</b>	<b>Trabajo intersectorial</b>	<b>Resultados obtenidos</b>
<b>Ministerio de salud</b>								
Entrevista 1  T. S Ramiro Banco  Sub secretaria de Desarrollo social.	Lo definimos como facilitadores a las personas titulares de derechos para satisfacer sus necesidades básicas insatisfechas y a la vez ser articuladores desde este espacio con otros organismos interministeriales o institucionales	Apreciación personal, fuimos sorprendidos por jóvenes que participaron en el encuentro y que nosotros como personas grandes, como que tenemos que romper el miedo, el temor, no solo el docente o el agente sanitario sino la familia, la comunidad romper el miedo y el tabú ese de no hablar sobre sexualidad.	La provincia de Santiago del Estero tenemos un mismo ministro para lo que es salud y desarrollo social dentro de ese organigrama del Ministerio de Salud y Desarrollo social esta la Sub Secretaria de Desarrollo Social y luego la Dirección General de Desarrollo Social	Drogadicción  Suicidios	Si bien no puntualizamos la necesidad de la gente o no diferenciamos si es joven, niño, adulto intervenimos de una u otra forma y derivamos el caso a las áreas correspondientes para que de alguna forma tener un primer acercamiento hacia las familias o hacia la población titular de derechos.		Dirección de adolescencia que fue creada en la gestión del Ministro Martinez este una articulación con la Fundación Nocka Munayky, con la Sub Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia, Derechos Humanos. ONG barriales.	Una crítica por ahí fallamos en el seguimiento de los casos creo como instituciones en general, como decía una construcción crítica como Desarrollo Social y como parte de esta sociedad en la cual estamos.
Entrevista 2  Dr. Pedro Carrizo	Es una defensa de los derechos de las mujeres, los niños y los adolescentes, en el acceso que tiene que haber que brindarle desde el sistema sanitario. Es el estamento de	Los adolescentes no han tenido la voz necesaria para poder expresarse desde lo que ellos visualizan en los procesos salud enfermedad.	La Dirección Materno Infante Juvenil depende la Sub Secretaria de Salud.El organigrama interno la dirección está dividida: área	Problemas ligados al genero, violencia hacia la mujer, el embarazo adolescente	Instalar una idea de transversalidad y de integralidad en las acciones tratando de dar respuesta a un sin fin de cuestiones, que ligan a los adolescentes con el sistema sanitario.	Apertura de servicios integrales a los adolescentes.  Consejería en salud integral.  Encuentros con	Universidad Nacional de Santiago del Estero, las carreras de humanidades de la universidad, otras instituciones dentro del	Evalúo de bueno, a pesar que este momento no tenemos un instrumento que nos permita asegurar que realmente es bueno.

	la sociedad organizada del ministerio de salud, el componente del Estado que seria el encargado de velar para que estos derechos sean protegidos.		de neonato menores de 28 días y después. El área mujer: el programa de pesquisa de cáncer de cuello de útero, el programa de salud sexual y procreación responsable, el área de adolescencia, el área de pueblos originarios, el programa de pesquisa de errores congénitos, el programas de identificación del niño nacido			los adolescente multitudinario	gobierno.	
<b>Otros ministerios</b>								
Entrevista 1  Dra. Verónica Elizabet Almeida Directora de la Dirección de Niñez, adolescencia y familia.	El objetivo general es la aplicación de la ley 6915 que la ley de protección general de niños, niñas y adolescentes que crea o trata de implementar un sistema de protección integral de derechos.  este organismo implementa y ejecuta esta ley		La dirección de niñez está dentro del Poder Ejecutivo, depende directamente de la sub secretaria de niñez, adolescencia y familia que a su vez depende de la Jefatura de Gabinete. Es Jefatura, Sub	Adicciones  Alcoholismo  Drogadicción  Abusos sexuales  Todo lo que tiene que ver con infracción de la ley penal: robo, hurto.	Es articular con el organismo que es el que tiene la función de ocuparse de atender la salud, el ministerio de salud, con el programa de prevención de adicciones.  De fortalecimiento del rol y las funciones paternas.  Acompañamiento de	Cronogramas  Charlas sobre funciones del organismo.  Se centra en dos ejes: <b>promoción</b> hablamos a los otros organismos de la necesidad de que cada uno asuma su función y de manera coordinada, la parte de	Poder judicial: juzgados  Hogares de niños y adolescentes  Municipalidades  Policía  UPAS  Programa de prevención de	Son las intervenciones donde hemos logrado que cada organismo se ocupe de la función que le compete, si la policía cumple su función de prevenir, el delito en el tema de las adicciones: que la policía ve quien distribuye, ve quien vende, si la gente del área de la familia si en la upa pueda tener un

	provincial.		Secretaria, Dirección.		las familias.  Abordaje integral.	<p><b>protección</b> que ya son casos directamente puntuales donde se interviene con los equipos de profesionales en territorio.</p> <p>Diagnostico.</p> <p>Armado de un dispositivo.</p> <p>Armado de la red local.</p> <p>Seguimiento del caso.</p> <p>De manera excepcional alojamiento en hogares de niños o adolescentes.</p>	<p>adiciones.</p> <p>Escuelas</p> <p>Derechos Humanos</p> <p>Centro de referencia de la nación.</p> <p>Ministerio de salud.</p> <p>Ministerio de Educación.</p> <p>Sub secretaria de desarrollo social.</p> <p>IPVU</p> <p>Ministerio de cultura.</p> <p>Familia.</p> <p>ONG</p> <p>Centro de integración comunitaria.</p>	control, que la gente de adicción reciba a los chicos en el programa, que se hagan visitas continuas o sea ese tipo de intervenciones, la verdad que son muestras que se van generando soluciones.
--	-------------	--	---------------------------	--	---	--	--	--

<p>Entrevista 2</p> <p>Prof. Carlos Dapelo</p> <p>Coordinador general Sub Secretaria de Deporte.</p>	<p>El objetivo de su misma ley es de creación es regentar el deporte provincial, tanto provincial como amateur, esa es la función específica pasando por áreas de los federados, la educación también y el amateur para que la provincia tiene mayormente profesionalizado.</p>	<p>El deporte quizás, una de las pocas cosas con las cuales se pueden luchar con todos los flagelos sociales, que atacan al chico, ya sabemos, al chico y al adolescente.</p> <p>Quando se deja de cumplir algunos roles, yo creo que acá hay una responsabilidad compartida, no solamente es del Estado, sino padres, la iglesia, la escuela.</p> <p>Yo creo que tenemos que ser más severo, en cuanto hacer cumplir las leyes para que no haya tanto problema, entra un delincuente y sale, tenemos que encontrar los mecanismos adecuados para contrarrestar ello.</p> <p>Hoy los santiagueños nos sentimos</p>	<p>Este organismo pertenece directamente de Gabinete de Ministro</p>	<p>Tenemos grandes flagelos que los ataca, yo creo una de las causas que recién le mencionaba, era porque instituciones como los clubes deportivos dejaron de cumplir su rol social, muchos clubes están abandonados.</p> <p>yo creo que tenemos que ser más severo, en cuanto hacer cumplir las leyes para que no haya tanto problema, entra un delincuente y sale, tenemos que encontrar los mecanismos adecuados para contrarrestar ello.</p> <p>Yo creo que la droga, el alcoholismo, el sedentarismo, todo eso va aparejado con la delincuencia juvenil.</p> <p>Inseguridad.</p> <p>El tema de los chicos en moto que se</p>	<p>Hoy el deporte tiene un rol social importantísimo, es un derecho constitucional que todo ciudadano debe ejercer y el gobernador lo hace a través de los programas que ha implementado en la sub secretaria, en siete años tenemos por primera vez en la historia que tenemos continuidad.</p> <p>El tema deportivo tiene el honor de tener un objetivo muy claro, el sostiene que el deporte, la educación física y la recreación mejora la calidad del ciudadano, por eso apunta a eso y apunta también como decía recién los viejos maestros, a mas deporte, mas actividad física, mas recreación son más camas vacías en los hospitales, menos gasto en salud pública que ese flujo de dinero, que las futuras generaciones se ahorra, porque no va tanta gente a los hospitales.</p>	<p>Por todas esas políticas deportivas tenemos ya deportistas que hoy trascienden las fronteras de nuestro país.</p> <p>Actividades de verano, que es similar a colonias de vacaciones, que están justamente dirigidas a gente de escasos recursos, que no pueden pagar una cuota, que no pueden acceder a esta actividad de verano.</p> <p>Con el calendario escolar prácticamente comienza la actividad deportiva, o sea ocho meses de intensa actividad.</p> <p>Estamos divididos en diez regiones deportivas, tenemos diez coordinadores regionales que recorren permanente conociendo la</p>	<p>Escuelas</p> <p>Municipalidades</p> <p>Comisiones municipales.</p> <p>Dirección de Discapacidad.</p> <p>Las instituciones deportivas.</p> <p>Centros vecinales.</p> <p>Centros de salud, upas</p>	<p>Obviamente que son indicaciones del gobernador están dentro de sus objetivos, todo ciudadano de Santiago tiene que tener el mismo derecho y la misma igualdad de oportunidades.</p> <p>Tener cinco vehículos para que estos chicos viajen y llevar la información deportiva, hoy tienen acceso tienen la información, permanentemente los comisionados o los intendentes o los encargados de deportes son los que visitan todos los días acá, pidiéndonos que es lo que disponen la sub secretaria bueno es la manera personal en mucho de los casos y por ahí lo difundimos por los medios o por las conferencias que solemos hacer.</p> <p>El gobernador hace hincapié todo los días chequea el desarrollo deportivo, a él le preocupa muchísimo, porque</p>
--	---	--	--	---	---	---	--	---

		<p>dignificados en deporte, cada uno habla de lo suyo, hemos tenido oportunidad de vivir y de tener todo lo que tiene el resto del país y el resto del mundo.</p> <p>Uno hojeaba un diario de los dos que tenemos en Santiago y teníamos una página de deporte hoy hay suplementos y suplementos de deporte de la expansión y la explosión que ha tenido el deporte, bueno eso tiene que ver con salud, o sea tiene que ver mucho con lo que ustedes pregonan y nosotros hacemos.</p> <p>Es difícil hoy luchar con los adolescentes, yo que la célula básica de toda sociedad como es la familia, nos está fallando, no nos está dando</p>		<p>mueren cinco o seis por fin de semana.</p>	<p>Aunando esfuerzos vamos a lograr disminuir esa cuestión, cuando más haya deporte más senderos saludables, mas polideportivos provinciales, más clubes que cumplan su rol, vamos a contrarrestar ese flagelo.</p> <p>Una cosa va con la otra no hay nada que va disociado, esto es una asociación de necesidades evidentemente con los mismos objetivos que es que el chico este alejado de todos los peligros</p>	<p>problemática inquietudes o necesidades son los que trasladan las cosas al interior, y que ha dado mucha satisfacción en el alcance.</p> <p>Los coordinadores a su vez hacen ese programa regional donde informan, ellos una vez al año empiezan a recorrer la provincia el interior, donde informan la oferta de servicios que la sub secretaria tiene, los programas en ejecución para que ellos puedan acceder.</p> <p>Capacitaciones</p> <p>Juegos deportivos.</p> <p>Acompañamos con indumentaria con elementos deportivo, asesoramiento, infraestructura deportiva y subsidios</p>	<p>él, va mucho más allá, lo que le decía hace rato, del deporte, la actividad física, mejora la calidad de vida, él dice que la futura generaciones.</p> <p>Nos está faltando, de todas las áreas que usted menciona un trabajo quizás más organizado en tema de información, algo que podamos tener disponer de espacios donde se pueda difundir todo lo que uno pueda lograr con este asunto.</p> <p>Tenemos que unirnos un poco más entre todos los organismos y hacer un equipo multidisciplinario y tratar de atacar por todos lados, en algún momento tiene que ceder esta cuestión, no puede ser tan fuerte como el Estado que tiene todo los mecanismos para hacerlo.</p>
--	--	--	--	---	--	--	--

		una manito, sino no habría tanto problema.				obviamente y el trasporte que les está facilitando el gobernador para que se trasladen y puedan competir y participar o conocer otros lugares con el deporte.		
<b>Servicios de Salud</b>								
Entrevista 1  Dra. Fabiana Mansilla  Jefa Serv. Atención Integral Adolescente.Hospital Regional	Es una atención integral, la es consultas a demanda	El Sistema de salud no tiene barreras puntuales para el acceso de adolescentes.		Embarazo adolescente.  Accidentología  Adiciones.  Conocimiento de derechos de los chicos.		Derivaciones con otros servicios	Maternidad de la Banda  CEPSI  Hospital Independencia	Calidad profesional buena, calidad humana lo estamos brindando correctamente.
Dr. Juan Taboada  Coordinación APS Ministerio de salud y Desarrollo Social	Generar, que el sistema de salud entre a las puertas de los hogares de Santiago del estero, nuestro primer objetivo es generar salud, generar ciudadanía, hacer movimientos activos por ayudarles en post del cuidado de su propia salud.	Depende de la subsecretaría de salud, la cual depende directamente del ministro de salud, ese es el organigrama, es una dirección que tiene el mismo rango que maternidad infancia.	La mujer adolescente que se embaraza muchas veces por una cuestión social, cultural de su área, necesita sentirse mujer, por una cuestión cultural social del área, muchas veces para poder ser valorada como mujer muchas veces necesita, sentirse	El sistema de salud sobre todo del primer nivel, esta formado por médicos de familia en su mayoría, estos no tienen tanta accesibilidad para la problemática básica del adolescente, la problemática básica del adolescente sería el tema de adicciones de sexualidad, depresión, drogodependencia, violencia escolar, violencia en las calles, y básicamente	Drogodependencia, la sexualidad, digamos sexualidad y sentimientos no tomados únicamente, desde el punto de vista reproductivo, coital o genital sino visto también desde el punto de vista de la problemática de género, de la aceptación de los diferentes tipos de género.  El cambio de la gestión de la dirección la Dra. Santillán, tiene una	En relación a la incorporación de nuevas áreas y perspectivas hay que recapacitar a todo el personal general al visibilidad de la problemática que es lo que se está trabajando actualmente es decir, volverla visible a la problemática para que los equipos de salud la tomen como propia.Lo que se ha empezado a	Dirección Materno Infanto Juvenil.  Se trabaja también con ONG  Organizaciones religiosas  El programa de prevención de adicciones	No logramos los objetivos, porque es un 30 por ciento de la cobertura.  La gestión de ahora, se puede decir que no es política sino técnica, tenemos nuestras falencias, nuestros defectos, pero siempre vamos en búsqueda de los objetivos estamos mejor que el año anterior.  Se califica a las

	<p>Enmarcar las actividades de prevención primaria, secundarias, terciarias y cuaternarias, dentro de la población.</p>		<p>madre.</p>	<p>también la familia , el hogar.</p> <p>Chicas no escolarizadas.</p> <p>No están documentadas.</p>	<p>mirada sobre este tipo de temáticas, de las temáticas de las vulnerabilidades.</p> <p>Abordaje territorial.</p>	<p>trabajar es con la línea obstétrica , es empezar a buscar adolescentes no escolarizadas porque generalmente la educadoras sanitarias sale sobre las escuelas, y las poblaciones que más se embarazan son las no escolarizadas , entonces hay que buscar de estos mecanismos distintos, es decir ir hacia, quizás la upa , usa la casa de la adolescente embarazada, para que invite a todas sus amigas que no están escolarizadas a recibir la charla, en la casa, es la forma de trabajar que estamos implementando.</p> <p>Se está implementando a trabajar con las escuelas.</p> <p>Se hace visita domiciliaria por el</p>	<p>intervenciones como buenas y eficaces.</p>
--	---	--	---------------	---	--	--	---

						<p>agente sanitario.</p> <p>Se hacen plazas saludables.</p> <p>Generar mayor fortalezas en las programaciones locales en salud , de acuerdo a los diagnósticos de situaciones locales</p>		
<p>Dra Claudia Olivera Referente Salud Sexual y procreación responsable.</p>	<p>Mejorar la salud sexual de toda la población de niñas, adolescentes, mujeres, varones.</p>		<p>Este es un sub programa que depende de la dirección de Programa Materno Infanto juvenil.</p>	<p>Embarazo adolescente</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual condilomatosis, Sífilis, vaginosis</p>	<p>En este momento el programa focaliza mucho en lo que es métodos anticonceptivos, esa es la mirada un poco del programa nacional facilitar, los métodos anticonceptivos, junto con la educación sexual,... creo que un poco va por ahí.</p>	<p>Información, métodos, capacitaciones, así la paciente se va del servicio con todo lo que necesita y no tiene que andar rotando por los diferentes servicios de ginecología, obstetricia, en fin.</p>	<p>El uso de kit de emergencia Hipertensita ,como se maneja una hemorragia obstétrica, el tema del uso del ameu para la resolución de los abortos y las biopsias, capacitación en todo el interior sobre salud sexual y procreación responsable, basada en los derechos, con una impronta en derechos sexuales, uso de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, violencia, reducción de daños y riesgos.</p>	<p>Muy satisfactoria.</p>

Organizaciones de la sociedad civil								
<p>Entrevista 1</p> <p>Rubén Torres.</p> <p>Caritas Delegación Santiago del Estero.</p>	<p>Caritas trabaja en dos ejes que la asistencia y la promoción humana.</p> <p>Caritas está presente en todo el país y aquí en Santiago del Estero trabajamos en esos dos ejes asistencia por un lado, ayudar al que mas necesita y promoción humana destinado a familia, jóvenes, adolescentes.</p>	<p>Hay que enseñarles a pescar para que ellos solos, las familias, adolescentes y jóvenes puedan progresar en la vida.</p> <p>Vemos a los adolescentes como protagonistas y como sujetos de su propio desarrollo. Los adolescentes y los jóvenes cuando se los califica de una manera ellos quedan impactado, por ahí los adultos tiene eso de etiquetarlos o titularlos que son vagos, que son irrespetuosos, que son indisciplinados</p>	<p>Obispado Santiago del Estero.</p>	<p>Deserción escolar.</p> <p>Sexualidad (un tabú).</p> <p>El suicidio adolescente.</p> <p>Falta de dialogo de la familia.</p> <p>Falta de oportunidad laboral y de estudio.</p>	<p>Dentro de caritas son nuevas el tema de la salud, educación sexual nuevas en el sentido del abordaje y como prioridad en nuestro trabajo.</p>	<p>Ficha de relevamiento socio ambiental parroquial, la misma gente nos va contando cuales son sus demandas a través de las visitas en territorio, nos damos cuenta cuales son las demandas concretas.</p> <p>En el tema de salud en caritas trabajamos a través de talleres y charlas preventivas.</p> <p>Trabajo de promoción y prevención con adolescentes.</p>	<p>Caritas parroquiales articulan con las CPAS con las postas sanitarias, se esta haciendo un trabajo articulado con ellos.</p> <p>Ministerio de Educación</p> <p>Ministerio de Salud y Desarrollo Social.</p> <p>Empresas privadas</p> <p>Bancos</p> <p>Rotari Club</p>	<p>Tenemos que destacar que el trabajar articuladamente con otras organizaciones con el Estado mismo con hospitales y empresas privadas, nosotros lo vemos como exitoso</p>

## Provincia de Jujuy

### Cerrizuela Beatríz

#### Programa de Atención Integral en Adolescencia

##### **Reporte**

Los programas relevados son de carácter gubernamental de alcance provincial cuyas objetivos son comunes a todos. Sostienen posturas de garantes de los derechos sociales y en particular, de los derechos de los sujetos; están radicados en Ministerios de Desarrollo Social, Ministerios de Educación y Ministerios de Salud, a saber: Secretaría de Estado, Dirección General, Coordinación de Programas, Jefatura de Departamento o de Unidad, Responsable de atención de adolescentes. Siendo ellos funcionarios o efectores que se instituyen con capacidad para generar las condiciones necesarias para el cumplimiento de tales Derechos, encontrándose enmarcados en Programas de orden Nacional, para la ejecución de Políticas Públicas que atienden población, entre otras, de 10 a 19 años:

*“El objetivo general de la es favorecer la salud y el acceso a la salud de la población de mujeres, niños y adolescentes de la provincia de Jujuy”* (Dirección General de Maternidad e Infancia).

*“El objetivo general que se persigue es la restitución de derechos y la promoción de los derechos del niño”* (Coordinación de Programas de Secretaria de Niñez Adolescencia y Familia).

La adolescencia, empieza en la provincia de Jujuy, a tomar en la década del 90 un lugar particular como objeto de acciones de atención y con un fuerte componente en acciones de capacitación y de Promoción de la Salud, desde una mirada integral, generándose un Programa Intersectorial: el Programa de Atención Integral del Adolescente, dependiente del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Por vaivenes políticos-administrativos, el Programa sale de la órbita del Ministerio de Salud y en el año 2007 se reorganiza con el nombre de Programa Provincial de Salud Integral en Adolescencias –PPSIA-, dependiente de la Dirección General de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud.

*“Yo la última que conocía era el famoso PAIA. Del que el consultorio nuestro se abrió precisamente de adolescencia, a la sombra del PAIA, con el Programa del PAIA de salud. (Entrevistadora, Responsable del PPSIA-3er nivel).*

*“Desde el 2003. Pero antes de esa fecha existía como Departamento de Salud Mental y en ese momento fundamentalmente la tarea más importante que hacía esa oficina era el Programa de Adolescencia. No abarcaba otras áreas pero, el trabajo con adolescente tiene historia en la provincia de Jujuy, viene antes de que esto se transforme en coordinación y amplíe su espectro de interés y de trabajo”* (Dpto. de Salud Mental).

Cuando se trata de programas, proyectos o acciones impulsadas por organizaciones

no gubernamentales, se observan importantes vinculaciones con instituciones estatales, tanto a nivel local como central.

*“Sí, trabajamos en red nosotros con el Ministerio de la Nación a través de la red de educación, donde tenemos 26 organizaciones, se capacita y se trabaja con: educación sexual, talleres de contención, talleres de autoestima, con especial seguimiento a la escuela para tratar que el chico no abandone o/y aquellos que volvieron hacerle un seguimiento más exhaustivo, donde uno le sigue al chico: pasó de grado, no pasó de grado, porque no va a la escuela, tiene útiles, no tiene útiles, esta enfermo, come o no come. El Ministerio de la Nación hace un seguimiento, nosotros somos los referentes, también realizamos visitas al Ministerio y controlamos realmente que trabajo se hace.*

*Hay una apertura mejor en las escuelas que también es un adelanto, aceptan la organización y llaman a la organización cuando no localizan un chico o esta faltando a clases” (Fundación DARLOCAB).*

*“Nosotros intervenimos en problemáticas vinculadas a suicidio, la intervención data desde hace 3 o 4 años, trabajando en conjunto con una organización no gubernamental que se llama Apostando a la Vida.*

*Todos los equipos de la Secretaria, en temas relacionados con síntomas, nos hemos capacitados con ellos. Frente a una sintomatología que tienen que ver con el suicidio procedemos a realizar una derivación para la atención de estos chicos. El mecanismo lo tenemos bastante aceitado.*

*Cada equipo nuestro que esta trabajando en los barrios esta integrado por profesionales: trabajador social o psicólogo, a veces la problemática específica de suicidio excede a los profesionales, es ahí cuando ellos derivan al adolescente al psiquiatra y/o psicólogo especialista perteneciente a la Fundación Apostando la Vida” (Coordinación de Programas de Secretaria de Niñez Adolescencia y Familia).*

*“Si trabajamos con el Ministerio de Desarrollo Social, la Dirección de la Niñez, siempre trabajamos conjuntamente porque tenemos casos que nos requieren de la intervención de distintos Ministerios. Con educación también trabajamos aunque en menor medida. También lo hacemos con ONGs” (Dpto. De Salud Mental)*

*“Las Instituciones DARLOCAB, la fundación FOSFORITO y la Fundación HUESPED trabajan específicamente con temas de salud sexual. En lo particular, debería haber más instituciones sobre todo enfocadas al área de educación.*

*A pesar de la buena voluntad, aún falta institucionalizar en los ministerios, qué es lo que queremos hacer con los adolescentes?*

*Las instituciones deben formarse sobre el adolescente: que cree?, que sabe?” (Dirección General de Maternidad e Infancia).*

Ahora bien, más allá de su localización institucional, los entrevistados tienden a definir la adolescencia en términos positivos, alejada de una mirada estereotipada, vinculada a lo peligroso. La adolescencia enfocada desde esta perspectiva refleja ideas tales como “empoderamiento” que para el sector salud significa proporcionar a los adolescentes conocimientos científicos para que puedan tomar decisiones racionales, alejándose de las estructuras de desigualdad y los procesos de vulnerabilización que los afectan. Y a veces asumen una perspectiva de derechos de las personas pero entendidas como derechos individuales.

*“En la provincia de Jujuy, en el organigrama se abrió un área que depende de Gestión Educativa que se denomina Servicio de Orientación al Adolescente, llamado SOA. Hay un equipo interdisciplinario y multidisciplinario de profesionales en la cual nos resulta muy útil dado que las escuelas una vez que detectan situaciones (la mas criticas porque es verdad que tampoco da alcance del SOA para tanto) son llevada por la misma escuela a la institución -bajo la autorización de los padres-, para que el adolescente, a través de un seguimiento o proceso, sea tratado por este equipo.*

*Esto ha tenido un lindo impacto en los adolescentes que están asistiendo, aunque también muchos otros abandonan. El adolescente no es muy persistente ni constante en algunos casos.*

*Lo ideal seria que del SOA tenga mas delegaciones o mas sedes” (Ministerio de Educación)*

En cambio, en otros momentos los informantes complejizan su discurso, en este caso asumiendo una perspectiva de derechos de las personas, pero entendidas como derechos sociales, más cerca de pensar que esto ocurre mas allá de los límites de las subjetividad del individuo y que se produce en relación con la solidaridad y la construcción colectiva.

*“Es ejecutar una política de estado, de manera que niños, niñas, jóvenes y adultos mayores encuentren un espacio donde recrear actividades que no solo mejora su condición física sino además busque integración, formación y recuperación de valores como la solidaridad que nos vayan ayudando a construir una sociedad, a partir del deporte con mayor calidad de vida” (Dirección de Deportes).*

*“La perspectiva es hacia la transformación, hacia lo propositivo. Toda norma tiene que trabajar en valores: si debo exigir el respeto primero debo respetar, o sea siempre toda norma debe estar instalada y basada en valores. El respeto, la solidaridad, la participación incluso el reconocimiento de la diferencia es oportunidad para evitar la discriminación que es un tema bastante conflictivo y que se da en la escuela” (Ministerio de Educación).*

Desde esta perspectiva una de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) se manifestó con igual perspectiva pero mas sensible al perfilar a los adolescentes desde su desprotección social y afectiva. Falencia que se incrementa con la falta de expectativas sociales. Aquí los informantes asumen una perspectiva de derechos sociales, colectivos preocupados y ocupados por una mirada más de ciudadanía.

*“Los mejores resultados los tenemos en educación, a partir de haber incluido un montón de chicos que estaban fuera del sistema. El año pasado tuvimos un resultado muy importante al tener una niña que ha sido abanderada, otra que es escolta, una adolescente mamá abanderada que ahora cursa sus estudios en la universidad.*

*Además tenemos chicos de la calle que terminaron los grupos de alfabetización que también ha sido importante. Poder decir que de los chicos que van a poyo escolar de la fundación, no se quedo ninguno, o sea que cursaron todo el ciclo es un orgullo.*

*Eso para nosotros es fuerte.*

*Por otro lado, hay muchas mamás que mejoran su situación familiar, enumerarlas sería imposible, pero también es importante porque se van a la fundación, se quedan en la fundación, piden colaboración al equipo interdisciplinario, a la psicóloga, a la asistente social” (Fundación DARLOCAB).*

No obstante, mas allá de las múltiples referencias explicitadas para dar cuenta de sus acciones en los programas analizados, desde una mirada integral no se modifican las reglas de producción del discurso y de las prácticas, mas aún con matices y variaciones, se continúa sosteniendo una matriz mas tradicional. Esta matriz tiene que ver más con normatividades que con producción de subjetividades.

*“Y las temáticas principales son justamente las que tiene que ver con las adicciones, sexualidad, enfermedades, etc. Consideramos que los jóvenes están plenamente informados pero están desinteresados, o sea la información la tienen pero no tienen interés de utilizarla a favor de ellos.*

*Tratamos de realizar talleres de consejería de manera dinámica para que los chicos puedan expresar lo que verdaderamente sienten” (Fundación San Antonio).*

En esa matriz antes mencionada, aparecen ambigüedades donde se encadenan sentidos, sin ordenamientos precisos que operan como “marcas. En términos generales parece existir bastantes dificultades para la discriminación de conceptos y apreciaciones.

Así en los discursos se mezcla edad con ciclo vital, visión integral con trabajo interdisciplinario. Esto no implica, que a lo largo de la entrevista el discurso tenga miradas más precisas y complejas.

*“Esta sociedad machista que tiene tantos años ... El niño y la mujer siempre fueron seres vistos con menores capacidades de tomar decisiones. Eso es lo que nos está poniendo en riesgo... a nosotros nos preocupa mas ver las embarazadas tan menores, a las niñas y a los papás porque a veces hay un compañero que está a la par de ella y tiene su misma edad. Hay que conocer cada realidad, cada medio social y cultural para entender el contexto en el que viven los adolescentes” (Programa de Salud Sexual y Reproductiva).*

*“Estoy de acuerdo con el equipo interdisciplinario en que la puerta de entrada a un hospital no la hace salud mental, sino que la hace el adolescente por un problema ligado a patologías de la edad adulta, no consulta por un problema psicológico. El adolescente es un individuo sano que no se acerca a los hospitales, salvo que le preocupe algo ligado a su sexualidad” (2do nivel).*

Resulta interesante, por ejemplo observar que la perspectiva de género y transgénero, aparece manifiesta según los lugares profesionales de los informantes, que están estrechamente vinculados a programas y servicios de salud sexual y reproductiva y ausente en los demás.

Los problemas asociados con la adolescencia aparecen, en el discurso de la mayoría, abarcando un gran espectro del malestar social, y son explicados por una multiplicidad de carencias, conductas de riesgo, deficiencias en las condiciones de vida de los jóvenes y con palabras en las que no se advierte la multidimensionalidad de la mirada, tales como embarazo adolescente, alcohol o drogas.

En mayor o menor medida, coinciden en reconocer el trasfondo socio-económico de los problemas que enfrentan: se destacan las referencias a los contextos de pobreza y marginación, la migración, la desigualdad de oportunidades laborales, la falta de proyectos de vida, la escasez de ingresos y altos niveles de violencia.

Todos identificaron una serie de problemas, sesgado según los lugares profesionales de los informantes: embarazo, su repetición, y el aborto, ITS-Infecciones de transmisión sexual, consumo problemático de drogas y alcohol, suicidio, que en la provincia son de alta prevalencia. También se mencionó la violencia, situación de calle y trata de personas y en menor medida a problemáticas de la alimentación.

*“El embarazo adolescente, suicidio, adicciones, si que son problemas, pero son problemas sociales que si se ven en la escuela. En el caso de las adicciones todavía la escuela sigue siendo un espacio donde se marcan límites, pero aun así se encuentra evidencia a veces de alumnos que están con este problema de adicción.*

*El problema de embarazo es lo más visible, es verdad que hay embarazos precoces. Hay un pedido de becas para niñas que tienen embarazo precoz para que continúen estudiando, no dejen y también, hay niñas en asistencia” (Ministerio de Educación).*

*“En el área se han dado casos de muertes infantiles de las adolescentes. Es difícil lograr que vayan a controles cuando están embarazadas, muchas lo ocultan. Si nosotros sabemos de alguna de ellas, el equipo o alguien va buscarlos, o el agente sanitario te avisa, contamos con esa colaboración.*

*Hay chicos que no cuentan con una buena alimentación, no solo por hábito sino por situación económica y no pueden tener una buena salud, ni aprender en la escuela” (1er nivel).*

*“Otras problemáticas en los adolescentes, aparte de las adicciones, es el sentirse sin un proyecto, el típico “no sabemos que hacer con nuestra vida”, no le gusta estudiar. La cantidad de jóvenes que están en su casa sin estudiar ni trabajar es preocupante. Se requiere de mucho trabajo social para revertir esta situación haber mucho trabajo social”. (Programa de Salud Sexual y Reproductiva”.*

*“Tenemos dos formas de encarar la problemática: por un lado están aquellos adolescentes de alto riesgo que todavía no están en la calle y por otro aquellos que estructuralmente viven en la calle.*

*Las problemáticas se agudizan día a día especialmente en los chicos que son estructuralmente de la calle, los chicos crecen se hacen adolescentes tienen pareja, tienen hijos que duermen en la calle, se alimentan en la calle, es decir generan situaciones que se van repitiendo día a día de estar y vivir en la calle, esa es la preocupación más grande porque viven totalmente desamparados.*

*Ahora los chicos que están en alto riesgo son los que están en los barrios hay chicos que si bien es cierto todavía no tomaron la calle pero se encuentran totalmente abandonados por los padres, también la consecuencia es grande porque sufre mucha violencia y terminan viviendo en la calle.*

*Generalmente la pobreza y la violencia estructural que crece en la familia hacen que el chico abandone el hogar y se quede en la calle como un modo de cobrar su libertad” (Fundación DARLOCAB).*

*“...pero si podría mencionar algunas cuestiones, que son las que resuenan mas: es el tema de adicciones. Nosotros trabajamos con este tema y con cuestiones de violencia familiar o el maltrato hacia los chicos-*

*Otro problema, en crecimiento, que nos llama mucho al atención es el tema de trata de personas t la explotación sexual en menores.” (Coordinación de Programas de Secretaria de Niñez Adolescencia y Familia).*

*“En todos los casos recibidos de adolescente en situación de riesgo se pide inter-consult. Los abortos son tratados además de personal médico por la psicóloga del programa, que es una Consejería de Salud Sexual y Reproductiva.*

*Nos preocupan la cantidad de intentos de suicidios que diariamente recibimos en la guardia y el aumento de casos de adicciones.*

*Otro tema preocupante que recibimos son problemas familiares” (3er nivel.)*

*“La problemática del alcohol y de las otras sustancias, pero fundamentalmente el alcohol, es la puerta de entrada al servicio. El alcohol en jóvenes es mas una conducta de riesgo que una adicción” (Salud Mental).*

*“Las enfermedades mas preocupantes son las infecto-contagiosas y la repetición de embarazo adolescente” (2do nivel).*

Con respecto al embarazo en adolescentes, muchos entrevistados manifiestan la problemática en términos de sus consecuencias biológicas, evidenciadas en mortalidad materna, la mortalidad infantil, abortos de discriminación, abandono escolar y de alteración de su proyecto de vida. Los funcionarios y efectores concuerdan en su percepción acerca de la magnitud del embarazo en adolescentes, en términos generales señalan que se ha incrementado en los menores de 15 años.

*“A nosotros nos asustan los riesgos cuando los embarazos son en niñas menores de 15 años, nos preocupa su proyecto de vida, un futuro que se va a estar probablemente afectado según el medio familiar que contenga al adolescente.*

*Las adolescentes embarazadas abandonan automáticamente la escuela, les de la vergüenza la panza de una niña soltera, ni siquiera pueden manifestarlo de manera conciente” (Salud Sexual y Reproductiva).*

*“Mortalidad infantil relacionada a mamá adolescente, se observa un incremento de la mortalidad infantil, nos llama la atención la mortalidad infantil en el periodo pos neonatal y en el domicilio de las madres adolescentes” (Dirección General de Maternidad e Infancia).*

*“El numero de embarazos en menores de 15 años esta en crecimiento” (1er nivel).*

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, no se hizo mención en los discursos de los entrevistados, pese al perfil de prevención de sus programas y a pesar del reconocimiento del embarazo como problemática. Solo se hizo una referencia elíptica a los mismos enguanto a la información que se brinda o a los suministros gratuitos

que se realizan. Si se remarcó que desde en distintas oportunidades la vinculación con programas y servicios de salud sexual y reproductiva.

*“Tenemos la Consejería, donde vienen los chicos, ellos saben donde es, a veces vienen en grupos a informarse o a buscar preservativos, a atenderse con la ginecóloga. Siempre esta la educadora sanitaria y la obstétrica” (1er nivel).*

*“El adolescente tiene poco conocimiento sobre como protegerse, aun no saben bien como se usa y en que consiste cada método anticonceptivo. Yo hablo con adolescentes de distintos niveles y ninguno sabe que el acceso al preservativo es gratuito, el mismo personal que se encarga de garantizar el acceso gratuito es el que limita y establece barreras de acceso a los adolescentes” (2do nivel).*

Algunos entrevistados se refirieron a su contacto con los adolescentes a partir de aquellas cuestiones que son inquietudes comunes de los adolescentes:

*“Los chicos viene por problemas de peso, por su control del crecimiento, dudas que tienen que ver mas o menos con los problemas en la casa o en la escuela, algunos vienen por temas que les dan en la escuela a investigar” (1er nivel).*

*“Abordamos todos los casos y en adolescente particularmente tenemos muchas derivaciones de colegios. A pesar de que el Ministerio de Educación tiene el SOA, muchos vienen acá directamente cuando en realidad el problema en muchas ocasiones es disciplinario” (3er nivel).*

Casi todos los entrevistados no refieren datos estadísticos. Solo lo hicieron dos funcionarios y otros están en proceso de construcción de los mismos.

*“Lo que estamos observando en el año en curso es el aumento de la mortalidad por aborto de las mujeres menores de 19 años que forman, que representan un 50% del total de muertes maternas por aborto” (Dirección General de Maternidad e Infancia).*

*“No podemos realizar mediciones porque no contamos con datos epidemiológicos de la población. Salvo la actividad del Observatorio de Drogas de la Nación en el cual Jujuy siempre participa a través de distintas evaluaciones. Existen algunos datos provenientes de trabajos de investigación epidemiológica que permiten extraer conclusiones sobre el estado de salud de la provincia y establecer comparaciones con otras regiones. Un problema del sistema es que no contamos con números fiables, es un área en la necesitamos trabajar” (Salud Mental).*

*“Estamos realizando un Censo de infraestructura deportiva en la provincia de Jujuy coordinado con la Dirección de Información Pública Estadísticas y Censo-DIPEC- y el Ministerio de Infraestructura y Planificación. Consiste en un equipo de alrededor de 20 personas, quienes asistieron a una tarea previa de preparación para poder garantizar que la cobertura de relevamiento incluía a toda la provincia. a la fecha contamos con el relevamiento de 775 establecimiento, que van desde los clubes mas grandes de la provincia hasta los más chiquitos localizados en las comisiones municipales” (Secretaria de Deportes).*

*“Si hablamos de aseguramiento de insumos, es decir la proporción de población adolescente que hoy retira un método anticonceptivo, tenemos que decir que es baja, es de un 20% promedio” (Salud Sexual y Reproductiva).*

*“Los casos de suicidio son esporádicos, se dan fuera de la escuela pero son los compañeros los que pueden decir porque un alumno intentó o se suicidó.*

*Luego de un hecho de este tipo se procede a trabajar en la escuela con el SOA, de una manera muy cuidada para evitar las propagaciones. Como resultado, podemos afirmar que ante un caso de suicidio, no hubo repetición en la misma escuela a partir de la tarea llevada a cabo por los SOA.*

*A lo largo de estos dos años de gestión no fueron muchos los casos de suicidios, tampoco se ha evidenciado un aumento en los casos”* (Ministerio de Educación).

En el sector salud, la iniciativa gubernamental en adolescencias es conocida por todos los informantes a través del reconocimiento de la existencia del Programa de Salud Integral en Adolescencias, dependiente de la Dirección General de Maternidad e Infancia.

Adicionalmente, desde la mirada de los informantes, se observa debilidad en la capacitación ofrecida desde este Programa y desde otra área vinculada, como es el Departamento de Salud Mental, a pesar de existir en la provincia instancias a tales efectos. Igual situación con respecto de la capacitación sucede en el sector de Educación para el nivel secundario. El área de Desarrollo Social y de Deportes plantea de modo satisfactorio la capacitación.

*“El rol de la institución es probablemente, hablando de accesibilidad, favorecer la accesibilidad, normalizar las guías de atención del adolescente, garantizar el conocimiento de las guías, asegurar la capacitación del recurso humano en la atención del adolescente, motivar a las personas que ejecutan las políticas de salud pública a que tomen conciencia de la importancia de considerar la consulta del adolescente como si fuese una emergencia de guardia, sea cual fuere su necesidad, todo esto para lograr que el sistema resulte amigable para el adolescente y no que se sienta rechazado”* (Dirección General de Maternidad e Infancia).

*“Si la estamos manejando -a la historia clínica del adolescente-, nos da una oportunidad para aprovechar las oportunidades de consulta, atender de una manera más integral a los adolescentes, ver más allá de la inquietud que lo trae a la consulta.*

*También con el equipo del Hospital Gutiérrez, que trabaja con el Programa de Adolescencia, participamos de la Capacitación en la nueva ley de Salud Mental.*

*Necesitamos capacitarnos en temas como las adicciones, hemos avanzado en este sentido eso pero todavía no lo suficiente”* (1er nivel).

*“En realidad la capacitación se hace espontáneamente, no es que el equipo esté capacitándose, sino que cada colega hace los cursos que le resultan interesante ya sea en la provincia o fuera.*

*Respecto a Salud Mental dependemos de la coordinación pero no recibimos demasiada oferta de capacitación”* (3er nivel).

*“Existe personal capacitado para el abordaje de las distintas problemáticas, tenemos profesores de biología por ejemplo que están involucrados hace años en sus planificaciones de educación para la salud pero quizás es esa la mirada, el enfoque. La educación para la salud existe hace tiempo pero hay que preguntarse por que los adolescentes no se saben alimentar adecuadamente?; por que no valoran el deporte y*

*el ejercicio físico?; etc.*

*La información está, lo que falta es quizás un buen mediador del conocimiento que tenga ese enfoque para la vida” (Ministerio de Educación).*

*“También existe un programa de capacitación destinado a formar y/o actualizar recursos humanos dedicados a la enseñanza, práctica, asistencia y promoción del deporte en la Provincia, en coordinación con Secretaría de Deportes de Nación, Federaciones y Asociaciones Deportivas y organismos públicos y privados.*

*Está destinado a todo recurso humano que trabaje en los diferentes ámbitos de gestión: pública, privada y educativa con el desarrollo de actividades deportivas, recreativas.*

*La capacitación se da a través de Instructores Deportivos designados en Municipalidades o Comisiones Municipales para desarrollar actividades deportivas con niños de 6 a 18 años, categorías Infantil 10 y 11 años, Menores 12 a 14 años, Cadetes 15 y 16 años, Juveniles 17 y 18 años” (Secretaría de Deporte).*

Con respecto de las intervenciones, de la mayoría de los entrevistados, están orientadas a la promoción, prevención y atención de la salud.

Para la atención en el sector salud, los tres informantes en sus respectivos niveles, institucionalizaron consultorios de adolescencia, antes de 2007, que en algún momento tuvieron carácter diferenciado e integral, pero por cuestiones organizativas, de recursos humanos, no se mantuvieron como tales.

*“Estamos hace muchos años, cambiamos la modalidad de de atención, pasando de un criterio específico a otro integral.*

*A los adolescentes se los atiende en todos los servicios, somos un equipo abierto. Si bien no todos los profesionales tratan de igual manera a los adolescentes, se busca atenderlos con afecto y aprensión.*

*Como lugar físico esta preparado, faltaría reconocimiento de horas, porque salimos a las escuelas, tenemos tres escuelas primarias y una secundaria, la ETP, la Escuela Técnica Provincial, y los talleres, los encuentros, son en otros horarios diferentes a los que tenemos de atención. Ahora tenemos residentes y estamos trabajando con la residencia del Hospital de Niño.” (1er nivel).*

*“El problema que tenemos hoy en día es que nos hemos quedado sin ginecólogo. Antes contábamos con un consultorio de ginecología adolescente. Al terminar su contrato, no logramos renovarlo. Entonces nos encontramos limitados a atender solo la parte psicológica” (3er nivel).*

No obstante consideran como muy importante contar con servicios integrales para los adolescentes, de espacios propios en los hospitales y centros de salud distinguidos de la atención de los adultos y de equipos profesionales (constituidos por médicos, psicólogos, asistentes sociales, educadores para la salud, obstétricas, comunicadores sociales, abogados). Todos los entrevistados enfatizaron la importancia de la atención sin turnos.

Mas allá de los informantes del sector de salud, todos coincidieron como dispositivo fundamental, la predisposición de los profesionales, calidez del trato, la escucha y no hacerlos esperar.

*“Si él está rodeado de una cáscara de rebeldía es porque tiene motivo para ser así, puede ser que los adultos generemos esta actitud, pero cuando al adolescente le das el espacio de diálogo y valoras su esquema, encontramos en dos segundos un adolescente diferente” (Ministerio de Educación).*

*“Hay que conocer los códigos de los chicos. Se sienten solos, incomprendidos por los grandes que piensan desde sus propios parámetros” (1er nivel).*

*“Tenemos una filosofía ya desde el PAIA, de que el adolescente no va a venir a las 6 de la mañana a sacar turno, hay que esperar toda la mañana que lo atiendan como hacen en los otros servicios, entonces tenemos una actitud de atenderlos inmediatamente en el momento en que lleguen, con su problemática y no dejar que esa decisión de tomar una consulta se pierda.*

*Si al adolescente le decís que tiene que venir el lunes no viene más” (3er nivel).*

*“Hay equipos en ocho áreas programáticas donde se ha trabajado durante el 2010 y 2011 tratando de que funcionen normalmente los consultorios de atención integral del adolescente en los horarios que son accesibles para los adolescentes y con el equipo de gente que ha decidido participar en estos consultorios” (Dirección General de Maternidad e Infancia).*

Desde la prevención y promoción de la salud los informantes se refirieron a acciones de carácter formativo, promoción comunitaria y de participación juvenil en acciones de prevención.

Los adultos no solo se posicionan como transmisores de información sino que hablan de un acercamiento a los jóvenes para comprender lo que les está pasando, cuáles son sus perspectivas, sus temores, entendiéndose que las necesidades de los adolescentes simultáneamente es una responsabilidad de ellos como adultos.

*“Conozco de esas problemáticas, no nos son ajenas, por eso la necesidad de contar con entrenadores capacitados. Si, por ahí se ha visto algún chico con problema de drogas, o que beben, para eso está el entrenador, el coordinador que ve, observa y puede hablar. El chico necesita con quien conversar, quien lo oriente. Tener confianza como para conversar temas en materia de sexualidad.*

*Yo no considero, como se dicen en algunas campañas: no a la droga si al deporte, creo que con el deporte solo no se resuelve, tiene que tener cerca adultos preparados y en eso el profesor de educación física tiene mucho para hacer” (Secretaría de Deportes).*

*“Hay muchas experiencias importantes en prevención que se hacen en algunos centros de salud con algunos equipos en atención primaria de la salud. En algunos lugares hay experiencias realmente valiosas, en cuanto a la efectividad de nuestros dispositivos de mayor complejidad para la atención de adicciones, los evaluamos como muy satisfactorios. Con tiempos de estadía no mayor de 40 días, en cuanto a la internación porque todo el tratamiento se trata de fortalecer en el domicilio, en la comunidad con la inserción desde el primer momento a la escolarización, a las actividades deportivas, a tareas, a actividades de ocio saludables, se trabaja desde el primer momento la rehabilitación desde el día uno que se inicia el tratamiento” (Dpto. de Salud Mental).*

*“Hay dos líneas a trabajar en las escuelas secundarias, una es de la prevención y la*

*prevención tendrá solamente a través de la enseñanza y otra es ideando un tratamiento directo, porque hay que actuar también sobre el plano del resultado y sobre las cosas que ahora están como una problemática. Una es inmediata y la otra es la mediata. Pero la función de la escuela es la mediata que es la que a lo largo de la vida tiene que tener aprendido ciertos conocimientos e información y eso no puede dejar de lado, lo que si tiene que fortalecer mas son las líneas de acción directa que no se está tratando a todas las situaciones, sino que se están dando las mas urgente” (Ministerio de Educación).*

Casi todos los entrevistados plantearon la falta de información y educación sexual de los y las adolescentes así como la educación para la prevención de otras problemáticas de la salud de los adolescentes desde el ámbito formal de educación como una cuestión aun no resuelta.

*“Con el sector de educación tenemos una deuda pendiente que es articular, reunirnos y charlar y educar juntos a los niños, a los jóvenes, a los padres para que todos hablemos un mismo idioma, para que no escondamos cosas que nos sobrepasan porque la realidad nos está mostrando que los indicadores existen, que hay muerte, embarazos, suicidios, drogadicción, todas problemáticas que se deben abordar en conjunto” (Dirección General de Maternidad e Infancia).*

*“Hemos intentado en algún momento que algunas cuestiones, por ejemplo el tema del alcoholismo, se trabaje de manera curricular y todavía no hemos logrado eso, pero somos optimistas en algún momento lo vamos a lograr. Hay que llegar a todos los chicos haciendo talleres en las escuelas, son tantas las escuelas que aunque todos los hospitales nos pongamos a hacer eso, no alcanzamos a cubrir, si pudiéramos incorporar a la currícula de las escuelas y capacitar a los docentes seria mucho más efectivo. Es un anhelo, algo que hemos intentado pero no ha sido posible” (Dpto. Salud Mental).*

*“La ESI viene desde hace 4 años, costó reglamentarla, desde el año pasado tendría que haberse implementado y aun no se ha implementado en todo la provincia y en el país. Aquí todavía no hubo ningún movimiento” (Salud Sexual y Reproductiva).*

*“Pero la ley de educación sexual integral que ahora está en juego, estaba. Todo docente la tiene que leer si quien quiere hablar de educación sexual.*

*Se sigue dando educación sexual desde una mirada no integral, seguimos llamando al doctor para que nos explique el aparato reproductor, pero hay que comenzar a cambiar la mirada porque el adolescente de esa forma no lo quiere escuchar. (Ministerio de Educación)*

Para lograr la convocatoria son múltiples las estrategias, coincidiendo varias instituciones relevadas, con la utilización de un dispositivo de carácter territorial, tutores, promotores, operadores comunitarios.

*“También hay Promotores Deportivos fomentando e impulsando la práctica deportiva en sus propias comunidades, en la búsqueda de la inclusión y la participación. Se llevan a cabo capacitaciones específicas en el área de la iniciación deportiva y el deporte social así como también relevamiento y diagnóstico de las actividades realizadas por los promotores. Este programa se complementa con capacitación en*

*toda la provincia y entrega de material Deportivo para brindar la posibilidad de práctica deportiva, recreación e inclusión” (Secretaría de Estado de Deportes)*

*“Si hay adolescentes ahí, ahí niños desde 8 a 10 años mas o menos y de los 10 en adelante hasta 18 y hay chicos ahí en el hogar, y una de las cosas que ellos están trabajando es justamente al tener tantos problemas porque de verdad son chicos que tienen muchos problemas, se empezaron a ocupar de las tareas que tienen que ver específicamente en la institución y trabajábamos en conjunto con ellos” (Fundación San Antonio).*

*“Hay un equipo de mediación escolar que se mueve por las escuelas, por otro lado tenemos equipos contratados. Contamos con planes de mejoras para las escuelas donde hay horas institucionales para pagar a los profesionales de las mismas.*

*El 80% de las escuelas estatales no privadas, tiene la obligatoriedad de la mejora en todos sus elementos críticos. Uno de sus elementos críticos que tiene la escuela secundaria es la repetición, la desaprobación y el abandono.*

*Tutoría viene a trabajar esos ámbitos y entre esos hay escuelas que se ponen como metas y objetivos también trabajar problemáticas de los adolescente” (Ministerio de Educación).*

*“Una institución especializada en adolescencia, que atiende población entre los 12 y los 21 años. Ahora bajó a los 18 pero a veces atendemos también algunos que pasan los 18, dependiendo de los criterios de inclusión. Se trabaja permanente con la familia.*

*Nosotros le llamamos comunidad terapéutica, pero el dispositivo ha sido adecuado para nuestras necesidades, para esta población y para el trabajo permanente con familia.*

*El adolescente que ingresa al programa de rehabilitación de adicciones, trabaja con la familia desde el primer momento” (Dpto. Salud Mental).*

Las intervenciones son en general evaluadas como satisfactorias, expresada por algunos informantes como partes de un proceso, considerando que les falta mucho todavía para lograr cobertura total, inconveniente que tiene mucho que ver con la disponibilidad de recursos humanos. En otros con algunas cuestiones de orden administrativo-organizacional, según cambios que ya se están sucediendo como lo expresado por el sector educación, o que deberían operarse, como lo dicen los del sector salud (horarios, capacitación, red de referencia y contrarreferencia).

*“Y hay equipos en ocho áreas programáticas donde se ha trabajado durante el 2010 y 2011 tratando de que funcionen normalmente los consultorios de atención integral del adolescente en los horarios que son accesibles para los adolescente y bueno con el equipo de gente que ha decidido participar en estos consultorios, porque se adhería a la atención que se hiciera al adolescente” (Dirección General de Maternidad e Infancia).*

*“Como te decía, reconocimiento de horas, trabajamos mucho con prevención, promoción. Capacitación, necesitamos capacitarnos mas, incluso todos los agentes sanitarios. También en la red de atención. Eso con el tiempo, hay que mejorar, porque se presentan algunas barreras que tenemos cuando derivamos, aunque tenemos ya nuestra red personal, que llamas y te resuelven o la acompañamos a la chica o al*

*chico, pero eso te lleva más tiempo. Por ahí cuando uno deriva a los Hospitales, es necesario que también ellos lo comprendan al adolescente” (1er nivel).*

*“En el momento en que teníamos la salud integral, habíamos conseguido saltar el tema del turno, para que algún médico pero siempre haciendo el voluntarismo. Es decir, nunca ha sido totalmente organizado. Entonces dependía de que ese médico que estaba especialmente sensibilizado con el tema del adolescente lo tomara al paciente, tenía que ir al frente a sacar turno, es como la derivación, y no funciona muy bien así” (3er nivel).*

*“Los recursos son humanos, los recursos de la infraestructura no se necesitan, sino se necesitan ganas, se necesita tener una filosofía adecuada para atender a adolescentes. No de infraestructura, el adolescente necesita lo mismo que cualquier adulto en instrumental, en espacio físico, pero si un lugar aislado, tiempo y ganas” (2do nivel).*

*“La Consejería vale en cualquier lugar, tenemos en Hospital, en Puestos de Salud, tenemos comunidad, tenemos escuelas, así tenemos, cualquier lugar donde haya un contacto y una demanda es un buen lugar para dar respuestas” (Salud Sexual y Reproductiva).*

*“Lo que si la escuela secundaria esta revisando muchos elementos de adentro tal es así que la política educativa nacional tiene estrategias de desarrollo y eso es buenísimo. Hay normativas que ya están comenzando a abrir espacios diferentes, formatos diferentes, normas diferentes, referido mas a lo organizacional, a la rigidez que la escuela secundaria tiene y que para los tiempos de hoy con los sujetos de hoy ya no responde” (Ministerio de Educación).*

Aparte de los recursos humanos, tema crítico en la provincia, como se expresó anteriormente, con respecto a otro tipo de recursos como los materiales de infraestructura y financieros, los informantes dieron a entender que aunque limitado les alcanza.

Todos cuentan con recursos financieros propios, para insumos, para gastos de corrientes, no para la compra de bienes inventariables, incluidos los tres efectores de salud que poseen una partida presupuestaria específica para acciones en adolescencias, aunque no las explicitaron. Algunos refirieron que la adquisición de recursos la gestionan de otras fuentes, a través de proyectos.

*“Hoy en día, por las gestiones que hicimos de presentación de proyectos, tenemos presupuesto propio, debemos tener entre 20 y 25 líneas presupuestarias para trabajar proyectos específicos acotados.*

*Además contamos con el incremento presupuestario de Nación - el Consejo Federal de niñez adolescencia y familia ha decidido que, el es un ente que agrupa a todos los Secretario de estado de las provincias ha decidido que parte del presupuesto del Consejo Federal que antes se llamaba Consejo federal y ahora Secretaria Nacional de Niñez Adolescencia y Familia sea dividido entre las provincias de manera federal a través de un índice similar al de la coparticipación donde la provincia de Jujuy recibe un porcentaje de eso que tampoco es mucho digamos que suma al permitir hacer proyectos ese porcentaje nos ha permitido armar nuestros primeros siete ocho*

*CAINAF para darle recursos” (Coordinación de Programas de Secretaria de Niñez Adolescencia y Familia).*

*“La dirección de maternidad e infancia tiene un presupuesto propio, dentro de la dirección esta el programa de adolescencia que tiene un presupuesto que considero que no es el que necesita porque son 13 mil pesos por año. Pero dentro del presupuesto de la dirección hay partidas que se pueden utilizar sobre todo para capacitación, para folletería y para comunicación. Y los hospitales también tienen en sus partidas dinero correspondiente a la atención del adolescente.” (Dirección General de Maternidad e Infancia).*

*“Esta limitado el uso del recurso. No es mucho porque ese recurso no se puede utilizar en cuanto a recurso de dinero disponible. Porque los otros recursos vienen en recursos humanos, pago de sueldo, utilización de vehículos, combustible, para eso nos alcanza lo que tenemos. Pero si necesitaríamos probablemente mayor presupuesto pero también, mayor libertad para usar ese presupuesto” (Dpto. Salud Mental).*

El trabajo intersectorial, interdisciplinario y en red está presente en la mayoría del discurso de lo entrevistados, coincidiendo todos en que solos no pueden trabajar, que tienen que estar presentes todos los actores vinculados a los/las adolescentes. Concluyendo que desde esa perspectiva se lograría el abordaje integral en todas sus dimensiones, con mas cobertura y accesibilidad.

Teniendo en consideración que casi todos los entrevistados se refirieron a su accionar en términos de estar ejecutando una política pública, surge una idea interesante con respecto a integrar esas políticas a través de un trabajo interministerial en el diseño de proyectos provinciales.

*“A nivel territorial, la experiencia que nosotros tenemos en el Consejo por ejemplo y en localidades mas chiquitas se articulan fantástico, el tema es la articulación en el diseño de los proyectos provinciales y que la articulación a nivel territorial y a nivel local quedan en ganas, porque no hay una política pública integral que apunte en ese sentido” (Coordinación de Programas de Secretaria de Niñez Adolescencia y Familia).*

*“Primero que es una política educativa nacional que es a lo que la provincia adhiere. Todo lo que salga del docente, fuera de este marco, va a ser aislado. Si cada docente no lo trabaja en conjunto y en articulación con el equipo de docentes, el impacto va a ser muy difícil” (Ministerio de Educación).*

*“El trabajo en conjunto es la forma de optimizar los recursos, de poder utilizar la infraestructura, en este caso, en forma conjunta la provincia con la Municipalidad, las escuelas, los clubes. Todos las áreas gubernamentales y sobre todo las instituciones a nivel barrial y municipal” (Secretaria de Estado de Deportes).*

*“Hay muchas ONGs, organizaciones de la sociedad civil como se las llama hoy, que mas trabajan en el tema de puntualizar los derechos y del género, este tal vez que involucran a la salud sexual y reproductiva en un buen porcentaje, pero que trabajan mas focalizados en este tema y no nos imaginemos en ir a dar un anticonceptivo. Los Municipios son de Palpalá y Capital y yo ahora se me acaba de ocurrir que tuvo una intervención muy linda el de San Pedro y con los cambios políticos cesó y la misma persona que estuvo en algún momento, ceso intendencia esto, por eso estoy soñando*

*que en algún momento San Pedro vuelva a esta actividad no solo en Municipio saludable sino exclusivamente en salud sexual y Consejería” (Salud Sexual y Reproductiva).*

*“Estas problemáticas que tiene mucho que ver con lo psico-social y lo ambiental, requieren de la presencia de también otras áreas del estado y también de las ONGs. Cada uno desde sus lugares y desde su rol, puede y debe hacer un aporte, y mientras mayor cantidad y más intersectorial e interdisciplinario, mejores van a ser los resultados. Ninguno de nosotros puede solo con esto” (Dpto. Salud Mental).*

	<b>Objetivo General</b>	<b>Concepciones, valores, creencias</b>	<b>Lugar en el organigrama. Importancia y legitimidad que tiene el lugar en el que trabaja</b>	<b>Principales problemáticas señaladas</b>	<b>Modos de abordaje</b>	<b>Intervenciones concretas</b>	<b>Trabajo intersectorial</b>	<b>Resultados obtenidos</b>
<b>Ministerio de salud</b>								
<b>Entrevista 1</b>  <b>Directora General de Maternidad e Infancia</b>	"favorecer la salud y el acceso a la salud de la población de mujeres, niños y adolescentes de la provincia de Jujuy	Concepción biologista ,de riesgo, basada en normatividades ,hasta un enfoque mas integral basados en derechos individuales	Ministerio de Salud  Secretaria de Políticas y Regulación Sanitaria  Directora General de Maternidad e Infancia	MI y MM  en adolescentes  abortos  embarazo en menores de 14 años	Atención, promoción y Prevención  Gestión para la Atención Integral con equipos interdisciplinarios- Algunas con franja horaria específica,  Consejeras  Artic Intersectorial	Gestión  Capacitación  Normalización  Or. de consultorios de atención  Capacitación	DARLOCAB, Fundación FOSFORITO, Fundación HUESPED  Educación	ocho consultorios con equipos en atención integral del adolescente en los horarios accesibles
<b>Entrevista 2</b>  <b>Responsable Provincial Programa de Salud Sexual y Reproductiva</b>	es el tema de la restitución de derechos y el tema de la promoción de los derechos del niño	Concepción integral, desde una perspectiva de derechos colectivos y género con algunas normatividades..	Secretaria de Políticas y Regulación Sanitaria  Directora General de Maternidad e Infancia  Responsable Provinc Programa de Salud Sexual y Reproductiva	MM en adolescentes  Embarazo inoportuno  embarazo en menores de 14 años	Atención, promoción y Prevención  Gestión para la Atención Integral con equipos interdisciplinarios- Algunas con franja horaria específica,  Consejerías	Gestión  Capacitación  Normalización  Org. de consultorios de atención	Municipios de Palpalá ,S.S de Jujuy y San Pedro  Fund Huésped ONGJuanita Moro  Red Puna Warmi, Area Genero en la Facultad de Humanidades-Unju-	20 % promedio de aseguramiento de insumos en población adolescente  Consejería en Hospital, en Puestos de Salud comunidad, escuelas,

					Artic Intersectorial	Capacitación		
<b>Ministerio de salud</b>  <b>Entrevista 3</b>  <b>Jefa del Dpto. de Salud Mental</b>	Asistencia promoción, prevención, red de salud mental,	Concepción integral de atención y de prevención en salud con enfoque familiar de base comunitaria.	Secretaría de Coordinación para la Atención de la Salud  Dirección de Hospitales  Jefa del Dpto. de Salud Mental	Consumo de sustancias psicoactivas, principalmente alcohol  Suicidios	Gestión para la Atención  Prevención  Rehabilitación  Socio operadores comunitarios  Artic Intersectorial	Gestión  Capacitación  Normalización  Org. de consultorios de atención  Capacitación  Entrega insumos	Hoy por la Vida.  ACUPENJU : (asociación de familiares que padecen esquizofrenia, trastornos severos.)Hoy por la Vida,	Comunidad terapéutica, adecuado a necesidades y características de la población y y trabajo permanente con familia,
<b>Otros ministerios</b>								
<b>Entrevista 1</b>  <b>Ministerio de Educación</b>	Están involucrados digamos acciones educativas que van llevando a un sujeto adolescentes a vivir mejor y a ser una mejor persona	Concepción integral con perspectiva de construcción de subjetividades.	Ministerio de Educación  Secretaria General de Educación  Coordinadora Provincial de Escuelas de nivel Secundario	Violencia  Suicidio  Ausentismo  Abandono  Embarazo Adolescente	Gestión y supervisión  Dos líneas: la prevención a través de la enseñanza y un tratamiento directo.  Educación Transversal y curricular  Plan de mejoras en la escuela.  Artic Intersectorial	Lectura de bibliografía  Capacitación  Convivencia  Ingreso,  Prev del abandono escolar,y repitencia.  Becas	Hospitales  Municipios y  Fundaciones a nivel local.	Dialogo entre adol y tutores.  Evitar el abandono escolar.  Contratar según necesidades a recursos humanos (Psic., asistente social)  Contención y

					SOA-Serv de atención al adolescentes	SOA-suicidio Tutorías Equipos de Mediación		no repetición de casos de suicidio en la misma escuela
<b>Entrevista 2</b>  <b>Ministerio de Desarrollo Social</b>	La restitución de derechos y el tema de la promoción de los derechos del niño,	Concepción integral, enfoque de atención y de promoción de la salud de base comunitaria con perspectiva de derechos sociales	Ministerio de Desarrollo Social  Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia  Coordinador de Programas de Niñez Adolescencia y Familia	Suicidios  Trata de personas  Consumo de drogas	Gestión y coordinación  CAINAF  Base comunitaria  Operadores barriales  Proyectos de adolescentes  Artic Intersectorial	Proyectos Mi Lugar (300)  Proy. Sol y Arte  Cultura y Arte  Prevención adicciones  Prevención trata de personas	DARLOCAB  Apostando La Vida  Yachay  Hoy por la Vida  Prelatura de Huamhuaca	50 Proy. Mi lugar con financiamiento  6000 adolescentes participando.  Disminución de internados judicializado.
<b>Entrevista 3</b>  <b>Ministerio de Desarrollo Social</b>		Concepción integral, enfoque de promoción de la salud de base comunitaria con perspectiva de derechos sociales	Ministerio de Desarrollo Social  Secretaria de Estado de Deportes	Sedentarismo  Desbalance sueño/actividad física y al aire libre/excesivas hs en la computadora y cyber.  Consumo de alcohol y	Gestión  Iniciación Deportiva  Deporte Social  Deporte Competitivo  Recreación y Cultura  Programa de Deporte	Censo de infraestructura deportiva  Desarrollo de actividades deportivas categorías Infantil 10 y 11 años, Menores 12 a 14 años, Cadetes 15 y	DIPEC  SAME  Municipios  Clubes Secretaría de Deportes de Nación, Federaciones y Asociaciones Deportivas	775 establecimientos relevados,  480

				drogas	y salud	16 años, Juveniles 17 y 18 años		participantes Juegos Evita
<b>Servicios de Salud</b>					Atención en Salud			
<b>Entrevista 1</b>  <b>1er nivel</b>  <b>Médica clínica atención integral en adolescente s.</b>		Concepción integral, enfoque de prevención, atención y de promoción de la salud de base comunitaria con perspectiva de derechos sociales	Dirección Hosp San Roque  Jefe Dpto APS-Periurbano Capital  Jefe Centro de Salud-La Viña-  Médica clínica atención integral en adolescentes.	Embarazo en menores de 14 años  MI  en adolescentes  inquietudes sobre el crec y desarrollo  déficit alimentario	Atención Integral  Promoción  Prevención  Artic Intersectorial  Proyectos	Atención en todos los servicios.  Conserjería  Educación para la salud en escuelas  Proyecto Ambiental	Centro de Participación Vecinal de la Municipalidad  Tres escuelas primarias del barrio y una secundaria, la ETP, la Escuela Técnica Provincial .  Escuela de teatro Tito Guerra  Resid Hospital de Niños	Cambio de modalidad de específico a atención integral. Atención en todos los servicios, Accesible sin barreras.  Es referente en esta atención  Equipo abierto, preparado.
<b>Entrevista 2</b>  <b>2do nivel</b>  <b>médica infanto-juvenil.</b>	Se atiende problemáticas del adolescente derivadas y niñas derivadas del Hospital de niños y los centros de Salud.	Concepción bióloga, basada en normativas ,hasta un enfoque mas integral basados en derechos individuales	Dirección Hosp San Roque  Jefe Centro Perinatológico.  médica infanto- juvenil.	Ginecorragias por malformaciones y embarazos  Sexo no protegido  Infecto-contagiosas  embarazo en adolescentes	Atención ginec infanto juvenil  Atención en salud sexual y Reproductiva  (anticoncepción,embarazo, parto,,aborto)  Atención en Salud Mental.  Consejería	Atención en consultorios externos,sala de partos y puerperio.  Consultorio de Anticoncepción,  Consejería en salud sexual y Reproductiva.	Hospital de Niños  Centros de salud.	Referente en capac infanto juvenil en residencia hosp de niños.

<b>Entrevista 3</b> <b>3er nivel</b> <b>Jefe de Unidad Salud Mental y Responsable Consultorio de Adolescencia</b>		Concepción de atención integral, basada en derechos individuales.	Dirección Hosp Pablo Soria  Jefe de Unidad Salud Mental-  Responsable Consultorio de Adolescencia	Conflictos disciplinarios  suicidios  Consumo de alcohol y drogas  embarazo en menores de 14 años  abortos	Atención en Salud Mental Individual .Psicoterapia  Atención en Salud Sexual y Reproductiva  (anticoncepción, embarazo, parto, aborto)  Conserjería	Atención en consultorio de adolescencia, sala de partos y puerperio. y pos aborto.  Consejería en Salud sexual y Reproductiva.	Juzgado de Menores.  SOA  Comunidad terapéutica Arroyabe	Referente para la atención en Salud mental  Acceso sin barreras de adolescente.
<b>Organizaciones de la sociedad civil</b>								
<b>Entrevista 1</b> <b>Presidenta</b> <b>Fundación DARLOCAB</b>	Trabajar en especial con la gente más vulnerable con los chicos de y en la calle y dar forma día a día su posición como ciudadano no pretendemos sacarlos del lugar en el que estar simplemente mejorar la calidad de vida	Perspectiva basada en derechos sociales , la solidaridad y mirada de ciudadanía pero mas sensible al perfilar a los adolescentes desde su desprotección social y afectiva	Presidenta  Fundación DARLOCAB	Adolesc en situación de calle  Violencia y abandono familiar  Consumo de alcohol y poxiran	Contención  Capacitación laboral	Cubrir necesidades básicas  Apoyo escolar  Capacitación laboral  Talleres de ciudadanía  Talleres de Salud	Ministerio de salud  Ministerio de Desarrollo Social  Ministerio de Educación  ONU  UNICEF	Disminuir abandono escolar.  Completar estudios secundarios adolescente en situación de calle
<b>Entrevista 2</b>	Apoyo a los jóvenes y después	Perspectiva basada en derechos sociales , la	Presidente Fundación	Embarazo en	Proyectos	Apoyo escolar	Ministerio de salud	50 adolescentes

<b>Coordinador</b>  <b>Fundación San Antonio</b>	capacitación	solidaridad y mirada de ciudadanía pero mas sensible al perfilar a l@s adolescentes desde sus necesidades cotidiana.Con algunas "marcas"tradicionales,normativas.	San Antonio  Coordinador  Fundación San Antonio	adolescentes  consumo de alcohol  venta de paco	intersectoriales.  Monitores  Capacitación laboral	Capacitación laboral  Talleres de ciudadanía  Talleres de Salud	Ministerio de Desarrollo Social  Ministerio de Educación  Fundación Andes.	contenidos  Capacitación laboral a chicos no escolarizados
--	--------------	---	---	---	--	---	--	--

# **Anexo II**

## **Formulario de Encuesta a Adolescentes**

Completar por el encuestador

**N° de encuesta:**

**Fecha:**

**Escuela:**

**Municipio:**

**Provincia:**

A completar por el encuestado

**1. Sexo**

1.Varón	
2.Mujer	

**2. ¿Cuántos años tenés?.....**

**3. ¿Con quién vivís?**

*Elige las opciones que sean necesarias y marcalas con una cruz*

1.Madre		7.Tío/a	
2.Padre		8.Hijo/a	
3.Hermanos/as		9.Mi pareja	
4.Pareja de mi madre		10.Amigos	
5.Pareja de mi papá		11.Otros no familiares	
6.Abuelo/a		12. Sola/o	

**4. Habitualmente, ¿quien realiza el principal aporte económico en tu hogar?**

*Elige sólo una opción*

1.Madre		7.Tío/a	
2.Padre		8.Hijo/a	
3.Hermanos/as		9.Mi pareja	
4.Pareja de mi madre		10.Yo	
5.Pareja de mi papá		11.Otros no familiares	
6.Abuelo/a			

5. **¿Cuál es el nivel de educación más alto que tiene esta persona (Jefe/a de Hogar)?**  
*Elige sólo una opción*

1.Nunca fue a la escuela	
2.Primaria incompleto	
3.Primaria completa	
4.Secundaria incompleta	
5.Secundaria completa	
6.Terciario o estudios universitarios incompletos	
7.Terciario o estudios universitarios completos	
8.Posgrado	
9.Ns/Nc	

6. **¿Cómo dirías que se encuentra tu salud?**

1.Muy bien	
2.Bien	
3.Regular	
4.Mal	
5.Muy mal	
6.Ns/Nc	

7. **¿Tenés obra social o prepaga?**

1.Si	
2.No	
3.Ns/Nc	

8. **Cuando tenés un problema de salud, en general, ¿dónde concurrís para atenderte?**  
*Elige sólo una opción*

1.Hospital Público	
2.Centro Público de Atención Primaria (CAPS), Salita o Dispensario	
3.Consulta particular, clínica, sanatorio u otro servicio privado	
4.Curandero	
5.Farmacia	

6.Ns/Nc	
---------	--

**9. ¿Pagás por la consulta?**

1.Si	
2.No	
3.Ns/Nc	

**10. ¿Cuál es tu opinión sobre el servicio que prestan?**

1.Muy buena	
2.Buena	
3.Regular	
4.Mala	
5.Ns/Nc	

**11. ¿Qué dificultades tenés para acceder a los servicios de salud?**

*Elige hasta tres opciones*

1.No sabés a donde ir	
2.Te queda lejos	
3.No tenés plata	
4.No podés ir en los horarios disponibles	
5.Te cuesta conseguir un turno	
6.Tenés que esperar mucho tiempo para que te atiendan	
7.Las veces que fuiste no te atendieron	
8.No vas porque crees que no te pueden ayudar con tu problema	
9.Te da miedo	
10.Te da vergüenza	
11.No te atienden si no vas con un adulto	
12.Tus padres no pueden acompañarte	
13.No te animás a ir sólo	
14.Crees que el médico puede contar a otros tus problemas	

15. Antes que ir al médico preferís consultarlo con otros	
16. No hay un espacio para la atención de los adolescentes	
17. Otros	
18. Ninguna dificultad	
19. Ns/Nc	

**¿Qué temas de salud tuviste en el último año y por cuales consultaste?** *Elige las opciones que sean necesarias y marcalas con una cruz*

TEMAS	Señala los que tuviste	Señala aquellos por los que consultaste
1. Dolor de brazos, piernas o articulaciones		
2. Problemas visuales		
3. Dolor de cabeza		
4. Dolor de panza o diarrea		
5. Problemas de la piel		
6. Tos, angina, gripe, resfrió		
7. Problemas relacionados con tu peso o apariencia física		
8. Problemas en dientes o muelas		
9. Accidentes, lastimaduras, quemaduras		
10. Ansiedad, nervios, stress, angustia, tristeza, depresión.		
11. Cansancio o agotamiento físico o mental		
12. Intoxicaciones		
13. Trastornos con las comidas		
14. Temas relacionados con la sexualidad (Ej.: protección, enfermedades de transmisión sexual, problemas ginecológicos, etc.)		
15. Embarazo		
16. Adicciones (cigarrillo, alcohol, drogas)		
17. Ningún problema		
18. Ns/Nc		

**12. Por lo general, cuando vas al médico ¿con quien preferís hacerlo?**

*Elige sólo una opción*

1.Sólo	
2.Con alguno de mis padres	
3.Con algún amigo/a	
4.Con mi pareja	
5.Con algún otro familiar	
6.Otra persona	

**13. En temas relacionados con la salud, ¿Cuáles son las cuestiones que más te preocupan? ¿Cuáles las has hablado con un profesional de la salud? *Elige hasta tres opciones***

Cuestiones	Me preocupan	Las he hablado con un profesional
1. VIH Sida y otras enfermedades de transmisión sexual		
2. Consumo de drogas		
3. Métodos anticonceptivos		
4. Menstruación		
5. Cáncer		
6. Acné		
7. Alcoholismo		
8. Embarazo no deseado		
9. Problemas de alimentación y nutrición		
10. Violencia		
11. Problemas psicológicos (depresión, desgano, estrés)		
12. Orientación sexual		
13. Actividad física		
14. Abuso sexual		
15. Cigarrillo		
16. Aborto		
17. Otros, aclarar:		
18. Ns/Nc		

**14. Marcar con una cruz a las personas o instituciones que acudirías si tuvieras problemas relacionados con:**

*Elige sólo una opción por temática*

Temáticas Quien	Sexualidad	Drogas	Alcohol	Violencia	Desordenes Alimenticios	Discriminación	Problemas Psicológicos (ej. depresión)
1. Amigos							
2. Padres u otros familiares							
3. Escuela							
4. Hospital Público							
5. Centro de Atención primaria de Salud/Salita							
6. Clínica o Sanatorio privado							
7. Iglesia /Templo							
8. Organización del barrio							
9. Teléfonos de ayuda (0800 o 911)							
10. Internet							
11. Nadie							
12. Otro							

**15. Para cada tema, marca con una cruz si has recibido información y de parte de quienes.**

*Elige las opciones que sean necesarias*

Quien \ Temas	1. Padres	2. Hermano /a	3. Profesor	4. Médico / psicólogo	5. TV/folletos /Vía pública	6. Nadie	7. Otro	Te fue útil 1.Si 2.No 3.Ns/Nc
Cigarrillo y sus consecuencias								
Prevención del consumo excesivo del alcohol								
Prevención del consumo de drogas ilegales								
Métodos anticonceptivos								
Enfermedades de transmisión sexual								

**16. ¿Fumas?**

1.No fumo	
2.Si, algunos días	
3.Si, todos los días	

**17. ¿Qué edad tenías cuando fumaste tu primer cigarrillo? .....**

**18. ¿Con qué frecuencia tomás alcohol?**

1.Nunca	
2.De vez en cuando	
3.Sólo los fines de semana	
4.Todos o casi todos los días	
5.Ns/Nc	

**19. En el último mes, ¿Cuántas veces sentiste que perdiste el control por haber tomado alcohol?**

1.Ninguna	
2.Una	
3.Entre dos y tres	
4.Mas de tres	
5. Ns/Nc	

**20. ¿Cuántas veces has ido en un vehículo conducido por alguien que había consumido alcohol y/o drogas antes de manejar?**

1.Ninguna	
2.Una vez	
3.Dos o tres veces	
4.Cuatro o mas veces	
5. Ns/Nc	

**21. De las siguientes sustancias:**

*Elige las opciones que sean necesarias para cada sustancia*

<b>Sustancias</b>	<b>1. No la Conoces</b>	<b>2. Si la conoces</b>	<b>3. Nunca la probarías</b>	<b>4. La probaste</b>	<b>5. La consumís seguido</b>
<b>Marihuana</b>					
<b>Cocaína</b>					
<b>Paco, pasta base</b>					
<b>Éxtasis</b>					
<b>Ácidos (LSD, pepa)</b>					
<b>Hongos</b>					
<b>Ketamina</b>					
<b>Tranquilizantes y antidepresivos (Ribotril, Rophinol)</b>					
<b>Anfetaminas</b>					
<b>Inhalantes (pegamentos, solventes)</b>					

Otra					
------	--	--	--	--	--

22. En el último mes ¿Cuántas veces sentiste que perdiste el control por haber consumido alguna de estas sustancias?

1. Ninguna	
2. Una	
3. Entre dos y tres	
4. Mas de tres	
5. Ns/Nc	

23. ¿Sentís que tenes un problema de dependencia con:

Problema	Si lo tengo	¿Lo consultaste con alguien? 1.Si 2.No 3.Ns/Nc
1. Alcohol		
2. Cigarrillo		
3. Drogas		

24. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?

1. Si	
2. No	
3. Ns/Nc	

*Sólo si tuviste relaciones sexuales responder las preguntas desde la 26 a la 31*

25. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?.....

26. ¿Cómo se cuidaron la última vez que tuvieron relaciones sexuales vos o tu pareja?  
*Elige todas las que correspondan*

1. No se cuidaron		6. Métodos naturales (contando los días)	
2. Pastillas anticonceptivas		7. Acaba afuera	
3. Preservativo masculino		8. DIU	
4. Inyectables		9. Otro	

5. Diafragma		10. No recuerdo	
--------------	--	-----------------	--

*Solo si no te cuidaste responde la siguiente pregunta.*

**27. ¿Cuál fue el motivo por el cual no se cuidaron?**

*Elige las que correspondan*

1. Querían tener un hijo		8. Tu pareja no quería cuidarse	
2.No esperabas tener relaciones en ese momento		9. No tenían plata para comprar anticonceptivos	
3.Pensabas que era imposible un embarazo		10. No te daban anticonceptivos en el hospital o el centro de salud	
4.No conocías los métodos anticonceptivos o no sabes como se usan		11. Tenias miedo que los anticonceptivos te hicieran mal a la salud	
5.Por razones religiosas		12. Por vergüenza	
6. Te reduce el placer		13. No te acordás	
7. Nunca te cuidas y hasta ahora no te ha pasado nada		14. Otro motivo	

**28. En el momento en que vas a tener una relación sexual, ¿Es fácil tener un preservativo a mano?**

1.Si	
2. No	

**29. De los métodos anticonceptivos que figuran a continuación, marcá para cada caso la respuesta correcta:**

*Elige las opciones que sean necesarias*

Métodos	Lo conozco	Sirven para evitar un embarazo	Sirve para evitar el Sida y otras enfermedades
1.Preservativo masculino			
2.Preservativo femenino			
3.Acabar afuera			
4.Pastilla anticonceptiva			
5.DIU			
6.Diafragma			

7. Contar los días			
--------------------	--	--	--

**30. En el último año ¿Has realizado alguna de las siguientes prácticas para perder peso?**  
*Elige las que hayas realizado*

1. Tomar pastillas o polvos para adelgazar	
2. No desayunar	
3. Comer menos de lo que te gustaría o controlar la cantidad que comes	
4. Consumir alimentos y bebidas diet	
5. Seguir una dieta recomendada por un médico	
6. Hacer ejercicio	
7. Darte atracones de comida que después vomitas	
8. Ninguna	
9. Otra	
10. Ns/Nc	

**31. De uno a diez, ¿te sentís satisfecho con tu vida?**

*Marcá con una cruz tu valoración teniendo en cuenta que un 1 sería "nada satisfecho" y un 10 "muy satisfecho"*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**32. ¿En tu casa, durante el último mes, con qué frecuencia pasaste por alguna de las siguientes situaciones?**

*Elige una opción para cada frase*

Situaciones	1. Nunca	2. A veces	3. A menudo	4. Siempre
Me escuchan				
Me toman en cuenta para tomar decisiones				
El resto o parte de mi familia me molesta				
A pesar de todo, sé que puedo contar siempre con ellos				
Recibo insultos				
Siento que soy necesario /a				
Quiero comunicarme pero parece que habláramos otro				

idioma				
Están con demasiadas ocupaciones como para prestarme atención				

33. ¿En el último año has tenido pensamientos relacionados con quitarte la vida?

1.Nunca pienso en eso	
2.Si, pero muy pocas veces	
3.Si, lo he pensado con frecuencia	
4.Si y lo he intentado	

34. ¿En el último año te has realizado alguna lesión a propósito, como cortes, quemaduras, pinchazos, etc.?

1.Nunca	
2.Si, pocas veces	
3.Si, varias veces	

35. ¿Qué esperas cuándo vas a un centro de salud a consultar sobre temas relacionados con tu sexualidad, adicciones o tu estado de ánimo?

	Lo que espero <i>Marca con una cruz hasta tres opciones</i>	¿Lo encuentro? <i>1.Si 2.No 3.Ns/Nc</i>
1.Una atención especializada para adolescentes		
2.Que lo que hablemos con el médico quede entre el y yo		
3.Que quede cerca		
4.Un espacio físico especialmente acondicionado		
5.Qué me hablen con palabras que entienda		
6.Que no me juzguen		
7.Que tengan el tiempo para		

escucharme		
8. Que no me hagan ir de un lado para el otro		
9. Que quien me atienda sepa quien soy		
10. Qué no me atienda siempre un médico diferente		
11. Que me atienda un médico del mismo sexo		
12. Que no me hagan pasar vergüenza para darme anticonceptivos		
13. Que pueda acceder fácilmente a los preservativos		