

Mapeo de Actores y la Política en Salud Adolescente en Argentina

El caso de cinco provincias del Norte Argentino¹

Daniel Maceira², Cintia Hasicic³, Milva Carlino⁴, P. Marcelo Ibarra⁵, Paola Marcos⁶, Damián Navarro⁷ y Fernando Sadir⁸

2017

¹ El presente artículo resume parte de los hallazgos obtenidos por la investigación “*Necesidades, Políticas y Estructura de los Programas de Salud Adolescente en Argentina*”, impulsada y financiada por UNICEF Argentina, y coordinada por Daniel Maceira desde el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Los/as autoras/es agradecen particularmente a las/os funcionarios/as que participaron con sus opiniones en la elaboración del presente informe. Agradecemos especialmente los aportes al estudio efectuados desde UNICEF Argentina por Fernando Zingman, Eespecialista en Salud, y Julián Govea Basch, Consultor. Los resultados y opiniones expresadas son de exclusiva responsabilidad de los/as autores/as y no necesariamente representan a aquellas de las instituciones mencionadas. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

² Coordinador del proyecto. Ph.D. en Economía. Investigador CONICET/CEDES, y Profesor Titular, Universidad Nacional de Buenos Aires.

³ Lic. en Sociología. Doctoranda en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de La Plata.

⁴ Lic. en Ciencias Políticas, Profesora Adjunta Universidad Nacional de Misiones (UNM).

⁵ Lic. en Sociología y en Ciencias Políticas, Investigador/Docente Universidad Nacional de Salta (UNSa).

⁶ Lic. en Comunicación Social, Docente Universidad Nacional de La Rioja (UNLaR)

⁷ Profesor en Filosofía, Docente Universidad Nacional del Nordeste (UNNE).

⁸ Lic. en Antropología, Doctorando en Ciencias Sociales (IDES), Profesor Adjunto Universidad Nacional de Jujuy (UNJU).

1- Introducción

La diversidad de actores que participan en el diseño e implementación de políticas sanitarias asociadas con la atención del/a adolescente es particularmente amplia. Por sobre la incidencia de actores provinciales y nacionales en la esfera sanitaria, el abordaje adolescente encuentra participantes desde el sector salud y sus dependencias, como también el concurso de referentes de los Ministerios de Educación, vinculados con salud escolar, y de otras áreas, como del área de Desarrollo Social, Justicia y Derechos Humanos.

A su vez, desde el ministerio específico de salud, la presencia de Programas de Adolescencia no circunscribe la autoridad de acción, en tanto también participan las áreas materno-infantiles en muchos casos, como también las direcciones y secretarías específicas de salud sexual y reproductiva, adicciones, salud mental, y nutrición, entre otras. Más aún, en tanto estas oficinas no cuentan generalmente con servicios propios, las intervenciones necesariamente deben articularse con el sistema prestador, tanto público como privado y de seguridad social, en sus diferentes niveles de atención.

Este trabajo propone abordar las miradas de cada uno de estos diferentes actores, intentando establecer sus precepciones sobre la realidad adolescente, las estrategias y planes diseñados para alcanzar tales necesidades y cómo la gestión logra articularse para lograr los objetivos de política planteados.

La lectura e identificación de necesidades de acompañamiento y atención resultan clave en la eficacia de la acción estatal y, dada la variedad de actores intervinientes, la coincidencia en las miradas y la coordinación en la acción entre oficinas permite potenciar (o neutralizar) la estrategia implementada.

El propósito de este trabajo es comprender la construcción de diagnósticos sobre la salud adolescente y cuáles son las intervenciones generadas a partir de ella. Del análisis de la información existente, ya documentada en documentos previos, se escogieron una serie de temáticas clave (salud sexual y reproductiva, adicciones, violencia y trastornos alimenticios), sobre las cuales se organizó la revisión de literatura. Luego de una breve discusión de antecedentes bibliográficos sobre tales temas, en la sección tercera presentamos la metodología empleada en investigación.

La misma contó con una serie de aproximadamente doce entrevistas en profundidad con actores provinciales y nacionales, los cuales participaron de la dinámica propuesta. Un resumen de los resultados de este intercambio, por jurisdicción, se presenta en la sección cuarta, proponiendo cuatro ejes generales de abordaje: las recurrencias en las temáticas presentes en cada jurisdicción, las diferentes perspectivas y miradas sobre los mismos temas, las barreras detectadas, y las capacidades e intenciones de intervención e incidencia.

La siguiente sección elabora un análisis comparado entre jurisdicciones por grupos definidos de funcionarios/as: autoridades sanitarias, responsables de programas, prestadores del sistema público vinculados a adolescencia, y referentes de otras áreas no-sanitarias asociados con la temática bajo estudio. Como cierre del documento, presentamos las principales conclusiones y observaciones del trabajo realizado.

2- Antecedentes

La revisión de la bibliografía sobre salud adolescente exhibe una variedad de artículos académicos y de difusión, como también un gran número de *literatura gris*, documentos de trabajo e informes de investigación abordando esta temática. Nuestra indagación se centró en las investigaciones académicas y artículos de difusión publicados en portales y redes nacionales e internacionales como Redalyc, Scielo, Latindex y búsquedas orientadas en la web a partir de palabras clave como “adolescencia y servicios de salud”, “adolescencia y necesidades de salud”, “adolescencia y accesibilidad”, principalmente; para el período 2012-2016.

Como primer criterio de selección, se prestó atención a aquellos trabajos que utilizaran metodología o abordajes de corte cualitativo, como entrevistas, semi-estructuradas y/o en profundidad, biográficas y grupos focales o de discusión. No obstante, también se reparó en revisiones sistemáticas de investigaciones realizadas en otros países, dentro y fuera de la región latinoamericana. A pesar de la diversidad de temáticas analizadas, pudimos establecer puntos comunes o de consenso entre los artículos seleccionados.

En primer lugar, encontramos que los autores refieren a la adolescencia como un grupo poblacional vulnerable, en cuya etapa se adquieren hábitos o conductas vinculadas a la salud que serán determinantes en su vida adulta. Resaltan la importancia, incluso en términos económicos, que los Estados inviertan en este grupo etario a través de políticas sanitarias y de protección que permitan, especialmente a aquellos/as que se encuentran en situaciones materiales precarias, acceder a servicios de salud acordes a sus necesidades. Contrariamente a este planteo y a la amplia evidencia científica sobre las problemáticas que aquejan de manera específica a los/as adolescentes, los/as autores observan que esta población no ocupa aún un lugar destacado en la agenda política de sus países, y por tanto, no posee un correlato económico expresado en las partidas presupuestarias.

Si bien este último planteo puede ser matizado en relación al país y región que consideremos, es remarcable el acuerdo existente en la importancia relativa asignada a esta población en materia de salud.

En segundo lugar, la literatura consultada alude a los factores de riesgo de la salud adolescente, identificados como el consumo excesivo de alcohol, adicciones, ITS, embarazo no deseado, obesidad, enfermedades mentales, con diferentes grados de prevalencia, temas

que son ejes centrales del análisis de este trabajo. Asimismo, los autores refieren a los factores de protección de la salud, entendidos como aquellas características de un individuo, familia o comunidad que favorecen el desarrollo humano, influyendo en mantener la salud o recuperarla, contrarrestando sus posibles efectos.

En tercer lugar, la bibliografía consultada resalta las *distancias* que se producen entre el reconocimiento de las problemáticas de salud de los/as adolescentes con la política sanitaria correspondiente, o en otras palabras, la traducción que se realiza entre las necesidades (detectadas como tales) y los recursos disponibles para enfrentarlos. Es aquí donde se ubica una parte importante de los problemas de acceso y atención de salud.

El último punto que nuclea a la bibliografía encontrada, reside en las recomendaciones o sugerencias consideradas necesarias para potenciar el acceso y la calidad de los servicios de salud orientados a los/as adolescentes. Nuevamente, con matices en tanto los territorios estudiados, las investigaciones coinciden en ampliar y poner el acento en las políticas preventivas, esto es promover, planificar, fortalecer y coordinar los programas de salud existentes; logrando una sinergia entre los mismos e invitar a participar a los/as jóvenes y sus familias en estas acciones⁹.

2.1- Salud sexual y reproductiva

La bibliografía referida a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente es vasta y diversa. Encontramos producciones que hacen hincapié en las barreras de acceso a los servicios sanitarios y proponen la creación de “Consejerías amigables”, políticas de salud concentradas en los/as adolescentes, y la mejora en la calidad de atención. Dentro de este último grupo podemos incluir aquellos estudios que ahondan en las percepciones de los jóvenes sobre su salud y sobre el sistema de salud.

De acuerdo a Moreno (1995), un Espacio de Salud para adolescentes debe tener un enfoque integral. Esto se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención en los factores biológicos y psicosociales: el estilo de vida, el ambiente físico y cultural, la familia, la interacción con sus pares, entre otros. El propósito de este enfoque es la preservación de la salud, estimulando la detección de riesgos y la visualización de factores protectores, poniendo en marcha, actividades anticipatorias.

La búsqueda de los determinantes del acceso a servicios de salud exige tener en cuenta un sinnúmero de aspectos que reflejan la complejidad de la relación que se establece entre la persona que desea la atención y el sistema de salud. Como señala Pons et al (2012), el acceso

⁹ Es importante aclarar que esta revisión no aborda un volumen significativo de investigaciones que emplean metodologías cuantitativas basada en la aplicación de encuestas, las cuales son consideradas en otros capítulos de este trabajo.

a la atención sanitaria es un indicador importante de la eficacia y la equidad de los sistemas de salud y se ha asociado con la reducción de conductas de riesgo, el aumento de hábitos saludables, y el mejoramiento de la salud de las y los adolescentes. Define el “acceso” como el proceso mediante el cual las personas buscan y logran recibir una adecuada atención en salud, de calidad y oportuna. El acceso adecuado no solo debe involucrar la disponibilidad de recursos sino también la relevancia, oportunidad y adecuación de estos a las necesidades de atención de la población.

Entre las investigaciones consultadas que evalúan las dificultades de acceso de la población adolescente a los servicios de salud (Pons; Queralt, et al. 2012, Sadler, 2012), coinciden en enumerar las siguientes:

- a) Las propias características del/a adolescente: desinformación sobre su estado de salud o enfermedad, omnipotencia, temor a ser visto por algún conocido, sobre todo al consultar sobre salud sexual y reproductiva.
- b) Factores económicos: falta de dinero para transporte, compra de medicamentos.
- c) Desconocimiento acerca de la existencia de espacios para la atención integral de adolescentes y de la oferta que brindan.
- d) Horarios no apropiados y/o insuficientes.
- e) Capacitación inadecuada de los profesionales, maltrato.
- f) Desconocimiento de los derechos de los adolescentes, falta de garantía para el ejercicio del secreto profesional y el respeto a la confidencialidad.
- g) Brecha generacional entre prestadores y adolescentes, prejuicios.
- h) Ámbitos no diferenciados para adolescentes.

Asimismo, surge una serie de conceptos relacionados, tales como atención interdisciplinaria, intersectorialidad, enfoque de riesgo y oportunidad perdida.

En esta línea, Pinilla y Forero (2013) analiza las necesidades básicas y las expectativas de los adolescentes varones en Colombia con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva, mediante la estrategia de grupos de discusión con varones adolescentes de instituciones públicas y privadas, así como no escolarizados, entre los 13 y los 18 años. Su principal hallazgo es que los adolescentes varones aparecen invisibilizados en los servicios de salud sexual y reproductiva, aunque los propios adolescentes consideran necesario contar con esta clase de servicios. En este mismo trabajo se señala que en instituciones de salud de Colombia, se encontró que 95% del personal no ha recibido capacitación en salud sexual, 96% no tiene servicios independientes para hombres y 91% no tiene adecuaciones para prestarles servicios a ellos.

En respuesta a estas situaciones, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen y proponen hace algunos años los servicios amigables, definidos como “aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, para ellos(as) y

sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones”.

En la última década se han desarrollado diversas iniciativas para la prestación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en todo el mundo. Dada la gran variedad de enfoques para proporcionar atención a los jóvenes, la revisión de la evidencia se torna relevante. Sin embargo, el entusiasmo que genera la constatación de que se están implementando tantas iniciativas se ve atenuado por el reconocimiento de que la metodología utilizada para evaluar muchos de estos programas puede presentar cuestionamientos relacionados con su validez.

Aunque se han identificado varios estudios experimentales y evaluaciones de programa, la mayoría de los resultados proviene de estudios observacionales no controlados y, por tanto, existe la probabilidad de que haya sesgos o factores de confusión que limiten su interpretación.

En 2007, *The Lancet* publicó una serie de seis documentos que ponen de manifiesto los problemas de salud especiales de las y los adolescentes y que abogan por un esfuerzo concertado para la creación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en todo el mundo. Uno de los artículos de esta serie hace una revisión descriptiva de múltiples estrategias de servicios de atención amigables para adolescentes desarrolladas en diferentes países y regiones del mundo (Tylee, A., et al, 2007, Patton, G.C. and R. Viner, 2007, Bearinger, L.H., et al, 2007, Patel, V., et al, 2007, Toumbourou, J.W., et al, 2007, Sawyer, S.M, 2007)

2.2- Salud mental

Los trastornos mentales afectan entre un 10 a 20 % de los niños/as y adolescentes en todo el mundo. A pesar de su relevancia como un problema de salud grave en estas poblaciones, las necesidades en materia de salud mental están invisibilizadas especialmente en los países de bajos ingresos.

En relación a las enfermedades mentales, encontramos escasa bibliografía en comparación con otras problemáticas abordadas. Consecuentemente, los trabajos traslucen la poca evidencia existente sobre este tópico vinculado a los/as adolescentes, en términos de producción de datos científicos. A pesar de los argumentos que sostienen que una temprana intervención puede reducir los efectos en la salud de los/as adolescentes y los costos sociales que ello implica, existen pocos estudios sobre la salud mental en los primeros años de vida y adolescencia (Kieling, et al, 2011)

Explican que, en parte, ello pueda deberse a que este tipo de problemáticas no son consideradas con la suficiente importancia, o lo hagan desde un concepto restringido de salud mental (como la esquizofrenia) y no en un sentido amplio (considerando los trastornos de ansiedad, de alimentación, por ejemplo). La investigación realizada en Nueva León,

México (Benjet C., 2010) a partir de un estudio aplicado a estudiantes escolarizados, arrojó que el 40% de ese grupo podría padecer alguna enfermedad de esa índole y no estar diagnosticado. Los factores de riesgo como obesidad, dificultades académicas, hostigamiento en la escuela (bullying), consumo de tabaco, drogas ponen en peligro la salud mental de los/as adolescentes (Benjet C., 2010, Lo WS, Ho SY, Mak KK, Wong, 2010, Arun P, Chavan BS, 2010).

A pesar de la poca evidencia, los autores señalan que reparar en los factores de riesgo a corta edad, colabora en prevenir enfermedades mentales, (Kieling, et al, 2011). Los autores coinciden en que la intervención sanitaria para este tipo de enfermedades o patologías debe ser diferente a la planteada por el modelo médico tradicional. Las estrategias que deben implementarse de manera integral

En el año 2003 el suicidio fue declarado como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud, posicionándolo en el 8º lugar entre las enfermedades con más años de vida perdidos al 2003 y en el lugar 14º en estimación de carga de enfermedad y años de vida perdidos por discapacidad al año 2002.

Las tasas de suicidio más elevadas se dan en los países de Europa del Este como Lituania o Rusia, mientras las más bajas se sitúan en América Central y del Sur en países como Perú, México, Brasil o Colombia. No existen estadísticas sobre el tema en muchos países africanos y del sudeste asiático (OMS, 2014).

Actualmente el suicidio y los comportamientos suicidas en la adolescencia están considerados a nivel mundial. Se encuentra dentro de las primeras causas de muerte en personas de 15 a 44 años, y se estima que para el año 2020 alcanzará las 1,5 millones de muertes anuales (OMS, 2015). Según estos datos, si bien en menores de 15 años es relativamente poco frecuente, en varios países se está atendiendo un incremento considerable de la tasa de mortalidad por suicidio en jóvenes de 15 a 19 años de edad.

Específicamente en nuestro país se ha convertido en la segunda causa de muerte para esta franja etaria (Ministerio de Salud de la Nación, 2014), por lo que en marzo del año 2015 se sancionó la Ley Nacional 27.130 de Prevención del Suicidio (Cámara de Diputados de la Nación, 2015). La misma declara la temática de interés en todo el territorio nacional y garantiza la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio, y la asistencia a las familias de víctimas de suicidio.

De acuerdo al trabajo de Tomicic (2016) que realiza una revisión bibliográfica sobre suicidio y orientación sexual, entre los grupos de riesgo de comportamiento suicida, las poblaciones de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT) han sido las que han mostrado una de las más elevadas prevalencias en este problema de salud mental. La asociación entre población LGBT y riesgo suicida ha sido entendida desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud. Al respecto, se señala que la población LGBT se ve altamente afectada

por problemas de salud mental relacionados con el estigma y la discriminación. Específicamente, el modelo de stress en minorías ha ofrecido una manera de comprender cómo la pertenencia a una minoría discriminada, en este caso ser parte de la población LGBT, deja expuesto al individuo a un entorno social hostil caracterizado por el prejuicio, el rechazo y la exclusión. Haas et al (2010) recomiendan promover la inclusión de preguntas sobre orientación sexual e identidad de género en la investigación sobre suicidio y riesgo suicida, así como también la implementación de estudios para determinar qué aspectos de la vida de las personas LGBT se relacionan más fuertemente con problemáticas de salud mental.

En Latinoamérica sólo unos pocos estudios (Pineda C. 2013, Berredo de Toledo, 2011, León M, Del Río P, 2012, Peña F, Rodríguez J, 2013) han focalizado en las condiciones de salud mental y sus determinantes sociales en personas sexualmente diversas. Es evidente, al menos en lo que concierne a la actividad científica, que los problemas de salud mental y de suicidabilidad no han formado parte de la agenda investigativa de la región y, por lo tanto, no se cuenta con un conocimiento especializado sobre esta problemática ni con orientaciones específicas para su intervención.

Muy pocos de los estudios examinados emplean metodología cualitativa o son diseñados con el propósito de aumentar la comprensión de las interrelaciones entre los factores de riesgo y factores protectores, la dimensión cultural, la diversidad sexual y el suicidio. En este sentido, Haas et al. (2010) han abogado por un enfoque culturalmente-sensible para el estudio de la suicidabilidad que considere dimensiones subjetivas e idiosincráticas asociadas al origen, al grupo etario, etnicidad, diversidad sexual, entre otros.

2.3- Trastornos alimenticios

Los problemas alimenticios comunes en los adolescentes pueden conducir a trastornos tales como la bulimia, anorexia nerviosa, desnutrición, sobrepeso y obesidad; estos trastornos pueden ser causados por el sedentarismo, cambios en el estilo de vida y el auto-concepto que se refleja en la percepción errónea del cuerpo al querer parecerse a los arquetipos difundidos por los medios de comunicación. Otras causas se refieren a que este grupo de edad está sometido a horarios escolares rígidos y actividades extra-académicas, en el caso de los adolescentes escolarizados.

Algunos jóvenes de nivel socioeconómico bajo emplean sus escasos recursos económicos para cubrir las necesidades mínimas familiares, lo cual en ocasiones genera la omisión de algunas comidas, especialmente el desayuno, situación que favorece la presencia de malos hábitos dietéticos (Castañeda-Sánchez et al, 2010).

Los resultados de algunos estudios refieren como origen de este problema el incremento en la independencia familiar, el deseo de verse aceptados por círculos de adolescentes y el

acoso publicitario de alimentos “chatarra”, situación que ha generado patrones alimentarios erróneos (Lobstein, 2015).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes ha crecido sostenidamente en menos de diez años. De acuerdo a Lobstein (2015), en los países que reportan menores ingresos, esta tendencia se acentuó al igual que en los países de mayor desarrollo, lejos de profundizar solamente sus niveles de desnutrición. En los países de medianos y bajos ingresos, la prevalencia de obesidad se han triplicado en los últimos 20 años, el incremento de esta prevalencia ha coincidido con el crecimiento económico y los cambios en los estilos de vida, principalmente relacionados con un mayor consumo de alimentos con alto contenido calórico y la disminución del nivel de actividad física (Ibañez, 2007).

En América Latina también se ha podido observar este incremento. Sin embargo, llama la atención una tendencia creciente en la prevalencia del exceso de peso (sobrepeso y obesidad). De 12 países de la región con información estadística nacional disponible de exceso de peso en menores de cinco años, se observan prevalencias superiores al 20% en cinco de ellos, registrándose las cifras más altas en Perú, Bolivia y Chile.

La evidencia es consistente en mostrar que el gasto en publicidad de comida rápida se relaciona estrechamente con los niveles de sobrepeso en niños y adolescentes. Por ejemplo, en EE.UU., entre 1980 y 2008, el sobrepeso en niños de 6 a 11 años se duplicó de 6,5 a 15,3%, mientras que en los adolescentes se triplicó, de 5,0 a 15,5% (Ogden CL, Flegal K.2014) coincidiendo con un aumento de la inversión anual en publicidad de comida rápida.

Según la Organización Mundial de la Salud, en los países desarrollados y en vías de desarrollo existe una gran cantidad de propaganda relacionada a alimentos no saludables dirigida a los niños, particularmente alimentos altamente procesados y con gran contenido energético, de tal manera que no sólo se recuerda productos, sino que además se asocian a diversión (OMS, 2010)

En la investigación llevada a cabo por Castañeda Sánchez (2010) a 69 alumnos/as escolarizados de entre 12 y 16 años en Perú, se encontró que los hábitos alimenticios en la mitad de los adolescentes resultaron negativos, y en una cantidad similar se presentaron alteraciones del estado nutricional. El estudio resalta que los gobiernos deberían favorecer el acceso a una canasta de alimentos nutricionalmente equilibrada, segura y culturalmente aceptable, evitando la ingesta de comidas en la calle e impulsando la práctica deportiva y crear en las instituciones educativas programas que favorezcan costumbres dietarias saludables.

3- Metodología

Se propone analizar las representaciones, percepciones y prácticas que los/as funcionarios/as de diversos ministerios y programas, vinculados directa o indirectamente con

la salud de los adolescentes, tienen sobre su propio trabajo diario, enfocándonos especialmente en las problemáticas sanitarias detectadas y las intervenciones concretas para abordarlas.

Las jurisdicciones seleccionadas para llevar a cabo el estudio son cinco provincias del norte de nuestro país (Chaco, Jujuy, Salta, Misiones y La Rioja) con características socio-sanitarias diferentes entre sí, pero rezagadas económicamente si son comparadas con el promedio nacional. Asimismo, se recurrió a las opiniones y valoraciones de funcionarias/os de áreas relevantes para el planteo de políticas de salud adolescente en el ámbito nacional

Se diseñó un mapeo de actores común a las distintas jurisdicciones, debiéndose ajustar al territorio en los casos necesarios, efectuándose alrededor de 10-12 conversaciones en cada provincia.

Las entrevistas duraron aproximadamente una hora reloj en base a un guión de preguntas y fueron realizadas en los propios lugares de trabajo de las personas mediando un consentimiento informado, entre los meses de octubre y noviembre de 2016.

La posibilidad de efectuar los encuentros en estos espacios, permitió comprender e interpretar de manera situada las diferentes problemáticas identificadas, no sólo en relación a los/as adolescentes, sino a los recursos y capitales económicos, humanos, físicos, simbólicos que cuentan los actores para poder diseñar, planificar y elaborar políticas públicas acordes.

No obstante, es importante aclarar que en determinados territorios, se presentaron algunas dificultades en relación a la concertación de los encuentros para las entrevistas, principalmente por la escasa disponibilidad horaria de los/as funcionarios seleccionados/as, exponiendo en algunas ocasiones “cierta resistencia” a ser entrevistados/as.

Asimismo, las condiciones políticas de la coyuntura a partir del cambio de gestión nacional, jugaron un rol importante que atravesó el conjunto de las entrevistas realizadas, en tanto momento de transición y/o modificación/cierre de algunas áreas o dependencias presentes en la gestión anterior. Entendemos que es pertinente señalar estas cuestiones porque forman parte de las condiciones de producción de los datos aquí analizados.

Por su parte, los ejes que utilizamos para el análisis del conjunto de entrevistas, pueden sintetizarse en 4 puntos:

1) Las recurrencias en:

- Los objetivos de gestión de distintos organismos o instituciones,
- Las perspectivas de trabajo, similares y/o complementarias,
- Los elementos, creencias, juicios valorativos que repiten en las entrevistas respecto a los objetivos de investigación (salud sexual y reproductiva, adicciones, trastornos alimenticios, violencia),

2) Las diferentes perspectivas y miradas sobre los mismos temas:

- respecto a cómo entienden su rol los distintos espacios de un mismo organismo o institución,
- Qué discordancias se producen en las acciones de diferentes organismos,
- Qué creencias o valores chocan con los derechos enunciados en el marco normativo provincial/ nacional,

3) Barreras detectadas

-Dificultades (institucionales, culturales, sociales, económicas) que obturan el acceso de los/as adolescentes a la salud.

4) Capacidades e intenciones de intervención e incidencia

- Cómo intervienen las distintas instituciones, por separado y de manera conjunta; qué cuestiones facilitan y cuáles obstruyen,
- Cómo influyen las creencias y valores de los/as entrevistados en la acción concreta desarrollada.

En el siguiente cuadro, detallamos los actores participantes del estudio (en el Anexo 1 se mencionan sus respectivos nombres):

Cuadro 4.1
Actores Participantes, por provincia

Actor	Nación	Chaco	Jujuy	La Rioja	Misiones	Salta
Ministro de Salud					X	
Director/a Salud Materno Infantil	X ¹⁰	X	X	X	X	X
Coordinador/a de Salud Sexual y reproductiva	X	X	X		X	X
Coordinador/a Programa de Salud Integral en la Adolescencia	X	X	X	X	X	X
Secretario/a de Salud Mental y Adicciones	X	X	X	X	X	X
Referente Sumar Adolescente	X	X	X	X	X	X
Programa Salud Indígena					X	
Efectores de Salud		X	X	X	X	X
Secretario/a DDHH	X	X	X	X	X	X
Director/a de Niñez, Adolescencia y Familia SENAF	X	X	X	X	X	X
Secretario/a de Justicia Penal Juvenil						X

¹⁰ Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud (en reemplazo de DINAMI- Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia)

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

Director/a de Educación Media		X	X	X	X	X
Referente Programa ESI	X					
Secretario/a de Deportes				X		
Organizaciones de la Sociedad civil	X	X	X	X	X	X

4- Los casos

En esta sección presentaremos el análisis de la muestra de funcionarios/as a nivel nacional y provincial, en base a los ejes anteriormente mencionados.

4.1- Caso Nacional

Las recurrencias

En este apartado rastreamos las ideas comunes que comparten los entrevistados acerca de su práctica cotidiana en el trabajo con adolescentes

La primera recurrencia que observamos es la permanente alusión a la “época de transición” en la que se enmarca la gestión actual de los/as funcionarios. La mayor parte de los entrevistados refieren a una transición institucional iniciada en diciembre de 2015 que tuvo su correlato en la reestructuración del organigrama de los diversos ministerios (reducción, creación, reformulación o traspaso) de áreas, dependencias y programas que se venían desarrollando sostenidamente.

En algunos casos, la continuación del programa o área se puso en cuestionamiento (como el Programa Nacional de Salud Sexual), aunque finalmente se decidió proseguir en esa misma línea sanitaria más allá que los montos de las partidas presupuestarias involucradas permanecieran iguales o se redujeran, condicionando las líneas de trabajo/prioridades de las diferentes Direcciones. En este sentido, los/as profesionales que integran los equipos técnicos que conforman los Programas Nacionales pertenecen en su mayoría a la planta de contratados del Estado.

Entendemos que esto último no es un dato menor, porque nos ubica en una coyuntura política de diversos cambios que eventualmente podrían condicionar el funcionamiento diario del sistema sanitario orientado a los/as adolescentes. Ello es así no sólo en su dimensión económica, sino también conceptual: el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescencia (en adelante, PNSIA) es un caso que podemos citar. Anteriormente, el Programa estaba vinculado a la Dirección de Salud Comunitaria pero en el nuevo organigrama, vuelve a estar bajo la Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Esto supuso una complejidad burocrática extra a la que previamente tenían, pero también *“representó un atraso en términos conceptuales porque al quedar ligados nuevamente a esta Dirección, se vuelve a una visión añeja del adolescente y nosotros pensamos diferente”*.

Algo similar ocurrió con la Dirección Nacional de atención a grupos en situación de vulnerabilidad, dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos, del Ministerio de Justicia. De acuerdo a la entrevista realizada, los objetivos de esta área fueron reconfigurados y orientados a dos prioridades concretas: el estudio de la situación de los jóvenes en las cárceles y a las empresas y sus recursos humanos.

No obstante, algunas Direcciones (como la de Salud Mental y Adicciones), ampliaron sus equipos técnicos, incorporando otras profesiones antes no consideradas, constituyendo grupos de trabajo interdisciplinarios y áreas de intervención de mayor alcance.

Otro punto que comparten en su mayoría los actores entrevistados es el marco conceptual de abordaje, esto es el enfoque de derechos y el enfoque de género. Estas claves teóricas se encuentran presentes en el discurso de todos los/as entrevistados. Esto resulta interesante porque estos supuestos teóricos entran en tensión cuando se abordan las problemáticas adolescentes en un movimiento que podemos definir como “pendular”, que oscila entre considerar a los/as adolescentes como sujetos plenos de derechos (de participación, de decisión) a posiciones “más tuteladas” de la adolescencia.

Más allá del andamiaje conceptual similar compartido, los/as actores coinciden en que el modo de abordaje de las problemáticas identificadas sólo pueden ser tratadas a partir de un trabajo colectivo, de equipos de trabajo interdisciplinarios y de manera integral y articulada con la mayor cantidad de actores posibles, incluidas las ONGs. Si bien existe un amplio consenso en que es a través del trabajo mancomunado que se podrán brindar respuestas integrales y de calidad a problemáticas multicausales, en la tarea diaria son pocas las veces que se interviene de este modo, exceptuando casos muy puntuales. Observamos que algunos/as funcionarios desde el momento que accedieron a su cargo, no han mantenido contacto con direcciones que entendemos estratégicas para la planificación de acciones conjuntas, o que no saben con exactitud quién se desempeña en esa área actualmente.

En general se tiene un contacto informal con las diferentes dependencias o áreas, que se genera a partir de la experiencia y el tiempo que los/as funcionarios llevan en gestión (todos/as poseen una reconocida trayectoria en el ámbito público). No encontramos espacios institucionales formales acordados para la presentación o debate de temas, entre los diferentes actores. Son muy pocas las instancias de mesas interministeriales que *“permitan aunar y potenciar los esfuerzos desperdigados que cada uno hace. A veces, cada uno trabaja en lo suyo. Obviamente que siempre se consulta, pero existen pocas oportunidades para hacer grandes mesas donde nos sentemos a discutir cosas”*.

Además de incluir a actores estatales, los/as entrevistados coincidieron en que es crucial incluir a los adolescentes en las intervenciones que se planifican, es decir, que se los escuche y se los invite a participar para poder tener en cuenta sus inquietudes, sus preguntas y que las respuestas sean pensadas por todos/as los involucrados, *“no desde el mundo adulto hacia el mundo adolescente”*. Esta última idea, la desarrollaremos con más profundidad en el siguiente apartado.

Otra dificultad compartida y señalada por los diversos actores es que los recursos (económicos, técnicos, de personal, físicos) con que cuentan no serían suficientes para responder a las tareas y problemáticas que identifican en su trabajo diario. De este modo, se priorizan acciones en detrimento de otras que son también acuciantes, pero que no pueden abordarse por el momento.

Una de las problemáticas que se derivan de esto último es la falta de construcción de estadísticas propias o áreas de investigación propia que tienen los diferentes programas (exceptuando el Programa Sumar, que por su naturaleza posee una fuerte “*cultura evaluativa*” que permite construir datos primarios de sus propios beneficiarios/as, aunque de manera sesgada porque se realiza en base a las prestaciones efectivamente brindadas, no en base al total de adolescentes).

Problemas identificados

En relación a las problemáticas de salud adolescente identificadas por los actores entrevistados, encontramos algunos puntos de coincidencia, siendo aún más homogénea la visión de las organizaciones no gubernamentales consultadas (ver capítulo siguiente).

En primer lugar, algunos entrevistados señalaron que en ocasiones no condice aquello que ellos como funcionarios públicos visualizan y catalogan como un *problema*, que aquello que los/as adolescentes definen como tal.

Las entrevistadas señalaron que es un error partir de la asociación de la adolescencia con los problemas: “*pensar la adolescencia en clave de problema no es algo que nos ayude, creo que los (adolescentes) estigmatiza aún más*”. Esta postura intenta correrse de lecturas que catalogan a la adolescencia como “problemática de por sí”, sosteniendo que los adolescentes son irresponsables, inmaduros o que “no entienden”. Siguiendo a Cháves (2005)¹¹ cuando refiere a las juventudes negativizadas, difícilmente se pueda incidir en política sanitaria si el punto de partida es considerar a los adolescentes de ese modo.

En este sentido, varios entrevistados destacaron que no todos los/as adolescentes atraviesan y de la misma manera las problemáticas tradicionalmente vinculadas con su edad (consumo excesivo de alcohol, embarazo adolescente, violencia), y que es más fácil de algún modo colocar estos problemas como propios y no del sistema sanitario. “*Es el sistema sanitario el que se tiene que adaptar y dar respuesta a ellos, no al revés. Los pibes tienen problemas que son expresión de algo más y tenemos que saber interpretar eso que pasa. Por supuesto que existe el embarazo en la adolescencia, la muerte por causas externas, eso seguro te lo dijeron todos (los entrevistados), casi como un cliché. No se pueden desconocer los números,*

¹¹ CHAVES, Mariana. Juventud negada y negativizada: Representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea. *Ultima década*. [online]. 2005, vol.13, n.23 pp.09-32. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362005000200002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2236. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362005000200002>.

pero no podemos quedarnos con eso y con lo que se construye en los medios de comunicación”.

En este punto es importante resaltar que los actores coinciden en que existen problemáticas que atraviesa la población adolescente, como consumo excesivo de alcohol, sustancias, embarazo no planificado. De hecho, en los diversos programas nacionales estos problemas están apuntados como acciones prioritarias a resolver, pero existe un consenso de enmarcar socialmente estas situaciones y comprenderlas como emergentes de un contexto más amplio y complejo, “no propias del mundo adolescente”.

Como emergentes sociales, son mencionados el embarazo no planificado, el consumo excesivo de sustancias (especialmente alcohol, aunque también ilegales), la violencia en su dimensión áulica (bullying) y el suicidio o autolesiones.

En relación al embarazo no planificado, los/as entrevistados comparten la opinión que este proceso no puede comprenderse por fuera de un análisis multicausal más profundo, superando explicaciones que sostienen que las adolescentes no poseen conocimientos sobre educación sexual, o que las adolescentes “optan” por quedar embarazadas. Desde diferentes funciones y recorridos, concluyeron en que la falta de oportunidades, de proyectos de vida alternativos, situaciones de vulnerabilidad económica, sumados al rol esperable para las mujeres en nuestra sociedad (ser madres), condicionan un contexto propicio para que se produzcan estos embarazos.

Esto no supone una relación de causa-efecto (es decir, que se produzca de manera lineal y en todos los casos), pero sí constituye un desafío para los efectores de salud en términos de estrategias y modos de captación al sistema sanitario. En este aspecto se enfatizó la idea que el foco de atención es puesto casi exclusivamente sobre las mujeres, y no así en la población adolescente masculina.¹²

La interrupción de los embarazos en esta etapa vital constituye también un problema de salud, y son pocos los datos o estadísticas que se tienen sobre esta realidad para tener una dimensión real sobre el número de adolescentes que enfrentan estas situaciones, no sólo de manera clandestina, sino también aquellos casos que pueden ser enmarcados dentro de la ILE (interrupción legal del embarazo).

“No soy experta en temas de alcohol, drogas. La droga y el alcohol no explica lo que sucede con los embarazados, no se puede reducir al abuso de drogas, hay otras situaciones que limitan la posibilidad de decidir de las mujeres, especialmente cuando el estereotipo de la mujer madre es muy fuerte”

Otra de las preocupaciones señaladas refiere al consumo excesivo de alcohol y sustancias. Todos/as los funcionarios entrevistados, exceptuando el Director de Salud Mental y Adicciones consideraron al suicidio como un problema creciente en la población adolescente.

¹² De hecho, dentro de las poblaciones prioritarias del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, los varones no están considerados como tales. Constituye un segundo paso que el Programa planea incorporar (el trabajo sobre las masculinidades hegemónicas)

Sin embargo, desde la Dirección de Salud Mental relativizaron estos números, entendiendo que la decisión de una persona de quitarse la vida constituye un emergente no un problema en sí mismo, al considerarlo como el desenlace de un proceso mucho más complejo en el tiempo:

“El suicidio es un emergente, el final de un proceso. Hay que trabajar sobre el fenómeno que lo impulsa (puede ser el alcohol, situaciones de marginalidad, o violencia). Es un problema a atender pero por la franja etaria tiene un alto impacto mediático, esto no significa que haya crecido o no la tasa de suicidios. Estuvimos reunidos con algunos municipios para ver cómo se trata el tema del suicidio, por los suicidios en cadena. Se pone a disposición información de la técnica y genera una visualización histriónica del fenómeno. Esto no se presenta así en la población adulta. Hay un elemento de atención que está detrás del fenómeno”

En relación al bullying o la violencia ejercida y sufrida por los/as adolescentes, los entrevistados consideran, en sintonía con lo anterior, que la violencia es una trama social compleja que ingresa a las aulas desde un marco externo mayor, del cual las escuelas no se encuentran aisladas.

Como podemos observar, la mayor parte de las problemáticas identificadas provienen de causas externas y que son pasibles de intervención desde la política pública.

Barreras detectadas

A partir de las entrevistas realizadas, observamos que existe consenso entre los actores al señalar que existen aún grandes dificultades para la población adolescente para acceder al sistema sanitario. Estas “barreras” detectadas son diversa índole (institucionales, culturales, sociales, económicas) y se configuran de un modo diferente y variable en cada territorio/provincia, obturando la llegada efectiva de los/as adolescentes a los servicios de salud.

Como primer obstáculo mencionado, encontramos que la consulta de los/as adolescentes se encuentra fragmentada, no hay una atención visualizada como proceso, generándose una *oportunidad perdida*. En este sentido, se recalca la falta de hebiatras capacitados para dar respuesta, *“el adolescente al no tener respuesta se va y no vuelve, ya cuesta que consulte. Los servicios de salud a veces los expulsan. Si la atención fuera proceso, el sistema te puede retener”*.

Como segundo obstáculo, se destaca la falta de centros de salud “amigables” que brinden una atención integral y específica acorde a las necesidades de esta población en particular.

En este sentido, los entrevistados apuntan que los/as profesionales en algunas ocasiones no conocen de manera cabal el marco normativo vigente, que permite que los/as adolescentes concurren solos a atenderse, sin la autorización y/o presencia de un familiar adulto. Incluso,

se señala que algunos/as profesionales, para resguardarse de cualquier inconveniente posterior, atienden hasta dos profesionales por consulta, condicionando el clima de atención y perdiendo confidencialidad en esa prestación. Los/as entrevistados observan que los/as profesionales no conocen, al menos de manera precisa, los enfoques de derecho y de género.

En relación a los centros de salud (que no son de atención especializada para esta población), no poseen horarios de atención flexible, siendo su horario preferentemente por las mañanas, momento en que los/as adolescentes asisten a la escuela. Las salas de esperas también son un factor decisivo para el/la adolescente que concurre a consultar: en general, se atienden en los mismos lugares que sus padres, familiares o conocidos, inhibiendo la espera o la consulta en sí.

En la misma línea, se detecta que no todos/as las profesionales de la salud poseen la “sensibilidad” requerida para la atención de esta población en particular. Cuando nos referimos a sensibilidad, estamos hablando de una escucha atenta a las preguntas del/a adolescente, el vocabulario empleado para comunicarse y explicar, no prejuizar al/a adolescente, dar espacio y dejar expresarse y, especialmente, brindar una imagen confiable para que ese/a adolescente vuelva al servicio. Cada consulta del/a adolescente al sistema, es visualizada como una oportunidad que debe capitalizarse.

Estos problemas de acceso deben relativizarse en relación al territorio que estemos abordando: en algunos casos, las barreras geográficas que se producen son definitivas en el acercamiento de los/as adolescentes.

No obstante, una barrera de acceso fuertemente señalada, en especial desde los colectivos u organizaciones que integraron nuestra muestra, fue la estigmatización y discriminación que sufren los/as adolescentes, específicamente aquellos que poseen HIV. En primer lugar, señalan que no existe una política específica para el/la adolescente con HIV, pero también destacan una serie de obstáculos que deben afrontar a la hora de acercarse al hospital. Como lo señala un referente de una organización que nuclea adolescentes con HIV:

“Hay faltantes de insumos y en el 40% de los casos, algo funciona mal (no hay turnos, no fue el médico, no trabaja laboratorio, algo no llegó). El pibe no vuelve, y eso es grave porque el paciente es inmunodeprimido, y no tomar medicación 4 ó 5 meses es muy grave. No hay política pública específica para adolescente con VIH, no existe, no hay ni folleto que diga tenés que hacerte el test. El foco está puesto en prevenir, pero los que ya lo tenemos estamos más vulnerables (o los chicos que han perdido a sus padres, terminan en hogares que al cumplir la mayoría de edad, salen y mueren por no tener contención ni proyecto)”

Los servicios amigables orientados a adolescentes, no incluyen servicio de Infectología, por lo que los/as adolescentes deben atenderse en otros espacios, en pediatría o adultos. De acuerdo a lo expresado por los entrevistados, las/os adolescentes que se atienden en pediatría no desean atenderse en el mismo lugar que lo hacen los adultos porque los atienden *diferente*. Existen intentos de programas de transición de infectología pediátrica a

infectología adulta, aunque en esa transición se pierden un gran número de adolescentes si no se trabaja interdisciplinariamente acompañándolos y asistiéndolos.

“Los servicios de salud no están preparados para atender adolescentes y jóvenes con VIH, y los amigables tienen mucha impronta de sistema de salud”

Esto último, sobre la “impronta del centro de salud” es un dato muy interesante. En la entrevista efectuada con el Grupo Fusa¹³, advirtieron que la disposición del espacio de atención o aquello vinculado a su “estética”, condicionaba en cierta manera el acceso o consulta del adolescente. En ocasión de la remodelación de esta clínica para adolescentes, convocaron a los mismos para sugerir cambios en las instalaciones. El proyecto inicial de diseño fue dejado a un lado por uno más cercano a los adolescentes: “Queremos que no parezca una clínica”, fue su principal pedido.

En relación a la salud mental, observamos a partir de las entrevistas realizadas que el Estado no tiene capacidad instalada para abordar la salud mental en sentido amplio (afrentamiento y relacional) para la población en general. La mirada única de la salud mental como enfermedad psicopatológica, generó un vacío institucional muy grande que comenzaron a tomar las ONGs. Esto no es la excepción para la población adolescente, cuya atención también es realizada por ONGs que se encuentran registradas en un listado oficial del Estado:

“La visión unidimensional de la salud mental, centrada únicamente en la población con enfermedades psicopatológicas, hizo que los servicios hospitalarios creyeran que los pacientes con problemas vinculares (como adicciones a las drogas) no eran de su incumbencia. Los desintoxicaban y ya estaban “bien”. No se tomaba esto como un problema, hasta que la situación social comenzó a visibilizarlo. Las ONGs empiezan a dar respuesta frente a un Estado que no lo hacía”

Capacidades e intenciones de intervención e incidencia

Dentro de las acciones e intervenciones pensadas para empezar a dar soluciones a las problemáticas identificadas, podemos mencionar 3 núcleos importantes:

a) Asesorías escolares: un problema detectado de manera recurrente en las entrevistas residía en la falta de coordinación entre las esferas educativas y de salud. Para fortalecer ese vínculo, este año comenzaron a implementarse las Asesorías escolares: consiste en integrar un psicólogo en las escuelas para evacuar cualquier inquietud que el/la adolescente pueda tener en la misma escuela. A partir de esa consulta, el profesional evalúa si el

¹³ FUSA es una Asociación Civil que propende por la defensa de los derechos de adolescentes y jóvenes, brindando atención integral en salud, información y educación. Entre sus proyectos, se encuentra CASA FUSA (Centro de Atención de Salud de Adolescentes), como centro de atención integral de salud para adolescentes y jóvenes.

adolescente necesita ser derivado al centro de salud, funcionando como un nexo. De esta manera, los adolescentes acceden al sistema de salud y pueden consultar sin un adulto.

b) Capacitaciones a profesionales de la salud: estas capacitaciones se brindan desde las diferentes dependencias y programas nacionales como también desde las ONGs y sociedades científicas. En general, funcionan a demanda de los equipos técnicos provinciales. Las capacitaciones brindadas son en diferentes temáticas, actualmente existe una gran demanda en diversidad sexual, población trans y masculinidades. Además se realizan capacitaciones in situ y pasantías con equipos de trabajo más formados con aquellos que se inician para brindarles herramientas en sus propios lugares de atención.

Desde la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría), existe el Programa PRONAP que realiza capacitaciones a los/as profesionales en temáticas de actualización en Pediatría desde hace 25 años. Este año se organizó el PRONAP de adolescencia, que consiste en que ese contenido teórico llegue a la mayor cantidad de profesionales posible. En tanto sociedad científica, la SAL organiza jornadas y congresos de manera frecuente, articulando los saberes científicos/académicos con las necesidades de los/as profesionales de la salud. Además, se producen materiales de diversa índole para los equipos de salud.

c) Integrar a los/as adolescentes y jóvenes en la planificación de estrategias, actividades de sensibilización y difusión: a partir de las entrevistas efectuadas, pudimos observar que los programas y dependencias nacionales incluyen, o al menos hay una fuerte intención de hacerlo, las voces y opiniones de los/as adolescentes a quienes, en definitiva, se orientan estas políticas públicas.

Desde la SENAF, existe un espacio denominado “Foros Juveniles”, que consisten en encuentros de adolescentes y jóvenes en diferentes provincias en los cuales manifiestan sus principales preocupaciones en relación a la salud. Estos Foros son tenidos en cuenta para la elaboración de diagnósticos y acciones conjuntas con otras dependencias estatales.

Las ONGs son las principales organizaciones que involucran a los/as adolescentes en las estrategias de difusión, actividades y consulta permanente con ellos. En este sentido, han realizado talleres, actividades recreativas en parques o plazas (en tanto estrategia de captación: que los adolescentes busquen otros adolescentes), han convocado a los adolescentes para diseñar los folletos o para pensar conjuntamente la plataforma comunicacional de la institución. El uso de redes sociales es una herramienta fundamental para esta institución. En la misma línea, desde el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescencia, se propuso la creación de una APP que busca acercar a los chicos al sistema de acceso a métodos anticonceptivos de manera georeferenciada.

Desde el Programa Sumar, a través de consultores locales y provinciales, se diseñan estrategias de captación diversas de los/as adolescentes por medio de las escuelas secundarias. Se realizan charlas o jornadas dentro de los centros de salud, y allí mismo se puede hacer un control de salud al adolescente. Además realizan otras actividades comunitarias en la calle, parques o plazas a través de actividades recreativas.

4.2- Provincia de Chaco

Recurrencias y diferencias

En este apartado rastrearemos las ideas comunes que comparten los entrevistados acerca de su práctica cotidiana en el trabajo con adolescentes y también las diferencias que presentan unos con otros.

Hemos detectado una recurrencia en los encargados de las secretarías, subsecretarías y direcciones, en percibir que su práctica está ligada a “bajar” lineamientos nacionales a los centros y efectores de salud primaria, esto es, a ser ejecutores-reproductores de políticas públicas. Es notable también que esto varíe cuando se entrevista a los encargados de programas u ONGs, que se perciben a sí mismos más como generadores de espacios de atención de la población objetivo de sus prácticas, proveyendo o gestionando recursos para dar respuesta a sus demandas.

En cuanto a los objetivos que persiguen; en el cuadro anexo a este informe se deja ver cómo están circunscriptos a atender un área de salud específica: Maternidad, Salud Reproductiva y Salud Mental. Si bien perciben al adolescente como un sujeto con características propias, no están destinadas estrictamente a ellos, sino que los contemplan en el marco de la necesidad de atención de la salud de la población en general. En este aspecto el *Programa de Salud Integral en la Adolescencia*, y el SIAPA (Servicio Integral Amigable para Adolescentes) son los únicos pensados exclusivamente para dar respuestas a la problemática de esta franja etaria de la población.

En cuanto a las creencias y valores que sustentan las prácticas cotidianas, hemos detectado una recurrencia notable en considerar que el adolescente es un sujeto social con características particulares, que lo diferencian de las etapas de desarrollo con las que linda (niñez-adulthood). Sin embargo, a la hora de entender cómo esta distinción debe manifestarse en el sistema de salud, las opiniones de los entrevistados varían. Esta distinción la profundizaremos más adelante en el apartado *Intervención y barreras de acceso*.

Se percibe que la problemática de salud adolescente, son múltiples e interrelacionadas. Las dos problemáticas que aparecen en todos los casos son el consumo excesivo episódico de alcohol y de sustancias (marihuana, pegamentos), por un lado. Y por el otro, la maternidad precoz. Manifiestan los actores ligados al área de salud, que la mayor preocupación es el alto índice del segundo embarazo en mujeres menores de 19 años. Que si bien es preocupante también el primero, se considera que no se está en condiciones de hacerse cargo del mismo: “pensar en llegar a estar presentes en el primer embarazo adolescente es una utopía”¹⁴. Por eso mismo, resulta tan preocupante que se produzca el segundo “porque esa chica ya pasó por el sistema de salud”¹⁵, y éste no pudo brindarle las herramientas necesarias para

¹⁴ Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva.

¹⁵ Coordinadora del Programa de Salud Integral en la Adolescencia

prevenirlo. Teniendo en cuenta que según los datos aportados por la responsable del área de adolescencia ministerial, dos de cada tres adolescentes embarazadas no deseó estarlo.

Existe entre los entrevistados consenso en relacionar al embarazo adolescente con la falta de proyectos alternativos de vida, y por lo mismo vincular, concuerdan en la necesidad de un trabajo conjunto entre Salud y Educación. En una de las entrevistas surge el dato de que hay coincidencia de estadísticas que señalan que en las provincias con mayores índices de embarazo adolescente también se encuentran los mayores índices de deserción escolar. Si bien, no se conocen estudios que establezcan algún tipo de vinculación entre ambos datos, puestos en conocimiento del mismo, los entrevistados coinciden en señalar que ante la falta de alternativas de proyectos de realización de vida, ligados al desarrollo laboral o el estudio, la maternidad emerge como *“la única posibilidad de tener algo que les pertenezca”*¹⁶.

Con respecto al modo de abordaje de esta problemática, también parece haber consenso en que la implementación del uso de anticonceptivos femeninos de larga duración (por ejemplo el DIU) es el modo más eficaz de tratarlo. Esto se basa en una creencia, sostenida en la experiencia de trabajo, de que los adolescentes son inconstantes en sus hábitos y, por lo tanto, incapaces de sostener un método que demande una regularidad de ingesta y/o atención constante para su funcionamiento¹⁷. Por lo que una de las prioridades de los programas ligados al tema, es crear conciencia acerca de que este método también está recomendado para jóvenes. Ya que existe un supuesto en la población de que sólo es aconsejable para mujeres que ya han tenido hijos y no desean hacerlo más. Sobre esto, la referente del Consultorio de Salud Reproductiva del Hospital Pediátrico Dr. A. Castelán, sostiene que en los últimos años fue aumentando considerablemente el número de mujeres a quienes se les coloca DIU y dispositivos, y disminuyendo la edad en que lo solicitan.

Con respecto a la problemática de consumo, es reseñada por los entrevistados como el problema más grave presente en la población adolescente y, por lo tanto, el más urgente a tratar. Si bien se reconoce el consumo de sustancias estupefacientes, los entrevistados sostienen que el consumo excesivo episódico de alcohol es el más preocupante, por la masividad con que se percibe y los problemas que trae consigo. Sobre todo, reconocen una preocupación por la cantidad de muertes y lesiones producidas en jóvenes por accidentes de tránsito, en los que en la mayoría, está involucrado el alcohol. El modo de abordaje de este tema está centrado a brindar charlas y talleres en donde se busca concientizar acerca de las consecuencias negativas del consumo excesivo¹⁸.

¹⁶ Programa SUMAR.

¹⁷ Aquí se deja ver una perspectiva fuertemente sesgada por el género, dejando en manos de la mujer la prevención del embarazo. Esta cuestión es reconocida en varios casos, explícitamente Elba Sánchez (Consultorio de Salud Reproductiva del Hospital Pediátrico Dr. A. Castelán), reconoce que está intentando incluir a los varones en las consejerías que realiza, pero que todavía no sabe cómo hacerlo. Tan solo Carlos Goya (Secretario de Derechos Humanos) mencionó al preservativo masculino, como el mejor método para la prevención del embarazo, aunque por otros motivos no ligados a una perspectiva de género; ya que consideraba a este método el más disponible para “casos urgentes” (*sic*); y que “es más fácil para las mujeres llevarlos en sus carteras” (*sic*). Es decir, hay de nuevo una visión que recarga a la mujer con la responsabilidad, aunque sea el varón el usuario del método.

¹⁸ Se destaca la recurrencia en hablar de consumo episódico. Tan sólo (SIAPA), mencionó tratar a jóvenes alcohólicos.

Ligado al consumo de alcohol se evidencia en varios entrevistados la preocupación por los accidentes de tránsito, que involucran en su mayoría a adolescentes como víctimas fatales y/o con daños graves. Éste además de ser un problema para los involucrados, también representa una cuestión importante para el sistema de salud, ya que los fines de semana, los hospitales desbordan su capacidad de atención a causa de los accidentes.

Con respecto al suicidio adolescente los actores ofrecen diferentes perspectivas. Todos parten del reconocimiento de que la tasa de suicidio adolescente es menor al de otras provincias del país. Este dato abre dos consideraciones diferentes respecto al tema. Por un lado, los pertenecientes al sistema de salud (en el cuadro anexo son consignados), entienden que si bien el número es comparativamente bajo, es un tema urgente a tratar desde el Estado por varios motivos, entre ellos, porque es expresión de otros problemas que afectan la calidad de vida de los adolescentes (tristeza, depresión, inseguridades, vulnerabilidad socioeconómica), es una manifestación de situaciones irresueltas, por ejemplo abusos, etc.¹⁹

Por otra parte, prácticamente la mitad de los entrevistados - los que pertenecen a los sectores no estrictamente ligados al sistema de salud (desarrollo social, educación, deportes, ONGs), manifiestan que debido a la baja tasa, no es un tema del cual el Estado deba ocuparse de manera prioritaria, teniendo en cuenta la urgencia de otros problemas que afectan a la salud de los adolescentes, como los ya mencionados embarazos y consumo de alcohol. *“Mueren más adolescentes en accidentes de tránsito, que por suicidios”*.²⁰ Con respecto a esto, el subsecretario de educación, menciona que en el interior de la provincia también hay problemáticas de salud, como ser el Chagas, Dengue, Cólera, etc. que ameritan un tratamiento urgente por parte del Estado.

Otra cuestión importante que surgió en las entrevistas, es la demanda por parte de los actores vinculados al sistema de salud, de datos unificados y fiables sobre aspectos a tratar acerca de la salud adolescente. Diferentes responsables de las áreas de salud manifiestan su preocupación por el hecho de que, al no poder contar con este tipo de datos provenientes de los sectores de atención primaria, se hace difícil; tanto diagramar proyectos como evaluar sus impactos. Natalia Koslakowski sostiene que es un problema de registros de los datos: en las “salitas” (Centros de Atención Primaria de la Salud) se anota de la misma manera a las embarazadas de 30 años que a las de 15 años, *“para ellos es una mujer embarazada”*.²¹ Liliana Ensisa también manifiesta una preocupación por el mismo tema. Con respecto a eso, Silvana Maurel (SUMAR), sostiene que desde el SUMAR, se provee de nomencladores que discriminan por rangos etarios, pero que el problema es que los profesionales no los usan, y siguen cargando en las planillas unificadas.

¹⁹ La Directora de Salud Mental y Adicciones y SIAPA coinciden en que no se debe prestar atención solamente al suicidio, sino a todas las prácticas autodestructivas que realizan los adolescentes, tales como daños físicos auto-infligidos, consumo, etc. de los cuales el suicidio sería una expresión extrema.

²⁰ Observatorio de Niñez, Adolescencia y Familia.

²¹ Entrevista a Natalia Koslakowski.

Desde la preocupación por los datos parte Eugenia Garay (Observatorio de Niñez, Adolescencia y Familia) para implementar un Observatorio en el Chaco, con el fin de proveer datos sobre Niñez, Adolescencia y Familia, que funcionen como insumos para el trabajo de los decisores de políticas públicas. Sobre esto se pueden hacer dos menciones. Por un lado, que la necesidad de contar con datos acerca de adolescencia es una constante entre quienes se ocupan del tema. Y por el otro, es para tener en cuenta que los diferentes actores involucrados en esta demanda no tienen conocimiento de los trabajos al respecto. En ninguna de las entrevistas en las que se manifiesta el problema, se menciona que conocen al observatorio.

Intervención y Barreras de Acceso

Entre las problemáticas de acceso a la atención de salud hay dos perspectivas señaladas, una es verla desde el punto de vista de las falencias del sistema de salud, y otra relacionarlo a características propias de los adolescentes. Sin embargo, estas confluyen en consideraciones que iremos describiendo.

Más arriba, mencionamos que los entrevistados coinciden en considerar al adolescente como un sujeto con características particulares y, por lo tanto, que demanda una atención específica, diferente a los niños y a los adultos. Los actores, si bien comparten esta mirada no coinciden en el modo de plantear las intervenciones que se desprendan de ella.

De nuevo hay una diferencia que ya habíamos notado y mencionado previamente. Con respecto a la problemática de los adolescentes hay una visión compartida entre los involucrados en el sistema de salud, y los pertenecientes a otras áreas, ministerios o entidades comunitarias. Los del primer grupo, consideran que el ideal es que el sistema de salud responda a esta característica de la población creando secretarías, direcciones y programas cada vez más específicos, centrados en el adolescente como sujeto central. En esta dirección están Koslakowski, Ensisa, Mustafá, Ramírez, Lezcano, quienes han llegado a manifestar la necesidad de creación de Hospitales para Adolescentes, diferentes y complementarios a los Hospitales Pediátricos y los Hospitales para Adultos. El SIAPA, si bien por sus dimensiones y recursos dista de ser un Hospital, está creado y funciona bajo esta lógica. *“Es como una salita para adolescentes”*²², menciona su directora.

Por otra parte, el segundo grupo mencionado en el párrafo anterior, sostiene que si bien los adolescentes presentan características específicas, constituyen una etapa de transición, y no amerita un gasto de recursos tan grande como para crear centros especializados en salud para ellos. Sino más bien, se debe invertir en programas que ataquen problemas específicos que los afectan, como las adicciones, o la violencia.

También mencionábamos más arriba, lo llamativo que resulta la falta de conocimiento en el sistema de salud, de las actividades que realizan otros actores intervinientes en la

²² Entrevista a Andrea Mustafá.

problemática adolescente. El caso más llamativo es el reclamo de datos para poder abordar la problemática y el desconocimiento que existe un observatorio en la provincia que se dedica a producir esos datos. Si bien hay que mencionar, que el observatorio comenzó a funcionar este año.

La falta de coordinación entre los ministerios y/u otros actores sociales, no parece ser solo un problema del sistema de salud. En la entrevista con Julieta Tayara, subsecretaria de Adolescencia, Niñez y Familia (Ministerio de Desarrollo), manifiesta que les es muy difícil trabajar con el ministerio de salud *“porque cada uno tienen sus prioridades”*.²³ También Ensisa (Ministerio de Salud), comenta que han tenido un intento de trabajo con el Instituto de Deportes que no resultó.

Un caso evidente de esta falta de coordinación es que desde todos los representantes de ministerios y organismos entrevistados, manifiestan realizar algún tipo de actividad en las escuelas (talleres, charlas, torneos deportivos, etc.), pero cada uno desconoce las acciones de los otros. Un caso extremo es el mencionado por Adriana Godoy (Hogar de Día Residencia Padre Butiñá), que cataloga de *“insólito”* el no poder articular el trabajo de la Residencia, donde madres adolescentes concurren a terminar sus estudios primarios, con un jardín de infantes que está enfrente, en donde concurren los hijos de las jóvenes. Es evidente que el conocimiento y la coordinación de estas actividades conllevarían un uso más eficiente de los recursos disponibles y un mejoramiento en la eficacia de los proyectos.

El Proyecto de Asesorías de Salud en Escuelas Secundarias, llevado a cabo por el Programa de Salud Integral en la Adolescencia, busca romper esta lógica de trabajos aislados, con la firma de un convenio entre ambos ministerios y un trabajo de formación a docentes y efectores de salud, para llevar a cabo los objetivos del proyecto.

Por otra parte, algunos entrevistados (Maurel, Garay, Ramírez) consideran que el adolescente no concurre a los centros de salud, por una característica propia de su constitución: no tienen conciencia de enfermedad, no viven ciertas prácticas como de riesgo, hasta que a alguno de sus pares le ocurre algo; momento en el cual surgen las demandas de asesorías, charlas, etc.

Esta postura es rebatida por opiniones como las de Sánchez, cuando considera que es la misma organización de los centros de salud, la que *“ahuyentan”* a los jóvenes. Esto, según ella, y similar opinan Ensisa y Mustafá; se debe a: los horarios en que los hospitales entregan turnos (a partir de las 7 de la mañana, pero hay que empezar a formar fila desde varias horas antes), la solicitud del acompañamiento de un mayor, la necesidad de concurrir con el documento, etc.

Es destacable mencionar que tanto Sánchez como Mustafá hacen hincapié no solo a la parte organizativa, sino también a la accesibilidad edilicia de los espacios de atención destinados a

²³ Subsecretaria de Adolescencia, Niñez y Familia / Ministerio de Desarrollo Social

adolescentes. “¿Quién va a querer ir ahí? - dice Sánchez refiriéndose al servicio de atención para adolescentes que funciona dentro del Hospital Perrando, una predio de edificios de 105 años de antigüedad “*Si hasta a mí que trabajo acá me cuesta llegar*”. La misma opinión comparte Mustafá, cuando destaca la importancia de que el SIAPA, se encuentre ubicado en el centro de Sáenz Peña. Y, aún más, rescatan la importancia de la “estética” del edificio como factor que promueve o no la concurrencia de los adolescentes al centro de salud: que sea iluminado, con colores vivos, dibujos en las paredes, etc.

Entre las intervenciones que se realizan priman las charlas, los talleres con perspectivas lúdico-participativas para los adolescentes y los cursos destinados a efectores de salud, junto a la provisión y/o gestión de recursos. También el acompañamiento en procesos judiciales a adolescentes por casos de abusos.

Las charlas por lo general se hacen a través de los programas, pero también desde el Ministerio de Desarrollo Social y el de Derechos Humanos, dijeron hacerlas. Principalmente se hacen en escuelas, a partir de demandas concretas de las mismas, por parte de alguno de sus integrantes: centros de estudiantes, docentes, directivos, etc. También en centros comunitarios o espacios a los que sean convocados. A este respecto, Ramírez menciona que el formato ya no funciona, y que hay que optar por la metodología de talleres.

Los talleres, por su parte, son mencionados por los actores como los modos de intervención más exitosos, y en la mayoría de los casos (Koslakowski, Ensisa, Ramírez, Mustafá) demuestran entusiasmo por los resultados obtenidos en los mismos. En el caso específico de Koslakowski, se mostraba entusiasmada con la utilización de un recurso llamado *Kit de estrategias para armar*²⁴, que le había facilitado mucho el trabajo con adolescentes sobre salud sexual y reproductiva.

Los cursos y capacitaciones son los instrumentos centrales para la “bajada” de los lineamientos de las políticas públicas referentes a cada área, hacia los efectores de salud. Los mismos, presentan dificultades de recursos que conllevan a una centralización de la oferta en la ciudad de Resistencia, dejando relegado al interior de la provincia. Con respecto a esto, algo preocupante es que en las entrevistas solo se mencionan trabajos en algunas localidades del interior, como son Fontana, Barranqueras²⁵, Sáenz Peña, Castelli y Villa Ángela. El resto de las localidades no son mencionadas, por lo que suponemos el trabajo sobre problemáticas de salud adolescente es escaso o nulo en esas zonas.

La provisión y la gestión de recursos es una parte importante de la labor de las secretarías y las direcciones. Antes y después y, en algunos casos, durante las entrevistas era común presenciar la solicitud de medicamentos por parte de efectores de salud o directamente de los pacientes que se acercaban. En el caso del consultorio de Salud Reproductiva, la

²⁴ Un manual para talleres en salud sexual y reproductiva, elaborada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) con el apoyo del Programa SUMAR, del Ministerio de Salud de la Nación.

²⁵ Estas dos localidades distan a 5 km de Resistencia y conforman con ésta un único cordón urbano.

responsable reconocía que la provisión de DIU y de otros dispositivos de anticoncepción era óptima y facilitaba el trabajo. Aunque también advertía que muchas de las mujeres que se acercaban a solicitarlo, provenían de lugares alejados del Hospital donde funciona el consultorio, y en donde existía una salita; lo que era prueba de que en ese centro de atención primaria no disponían de ese recurso o no se lo promocionaba.

El acompañamiento en procesos judiciales a adolescentes está ligado a dos temas: interrupción legal del embarazo y abusos sexuales. En el primero de los casos, a pesar de que existen los instrumentos legales para hacerlo, se desarrollan conflictos serios a la hora de aplicarlos, por la oposición de determinados sectores de la sociedad, con gran influencia sobre la misma.

El tema de los abusos aparece como una problemática preocupante, que si bien no atañe directamente al sistema de salud, tiene fuertes implicancias en él. Además de los embarazos producidos en situaciones de abuso, también destacan Mustafá y Ramírez (ambas psiquiatras), que este es uno de los factores más relacionados con la tristeza, la depresión, los daños auto-infligidos y otros problemas psicológicos y emocionales que desencadenan en intentos de suicidio, que pueden o no resultar en la muerte de la persona. En este sentido, y si bien no de manera orgánica, sino más bien como parte de un compromiso de los actores involucrados, acompañan los procesos, prestando atención al bienestar del adolescente y buscando poner fin a la situación de abuso.

Intervenciones destacable: SIAPA, Asesorías y Consultorio de Salud Sexual

Creemos necesario, mencionar las intervenciones más destacables en relación al cuidado, la promoción y el acceso a la salud por parte de los Adolescentes. Como criterio de selección nos guiamos por el conocimiento y las referencias que tienen acerca del proyecto o programa; la pertinencia al tema de la investigación y las impresiones que nos causó presenciar el trabajo realizado y entrevistar a sus responsables.

La entrevista a Andrea Mustafá fue una de las últimas que realizamos, lo que nos permitió percibir el grado de conocimiento y reconocimiento de los demás actores involucrados en la temática, acerca del trabajo que se realiza en el SIAPA, al que toman como un centro de referencia y modelo a replicar en el trabajo con adolescentes.

El SIAPA funciona en Sanz Peña, la segunda localidad más densamente poblado del Chaco, ubicada casi en el centro de la provincia, a unos 170 km. de Resistencia. “Es como una salita para adolescentes”, dice Mustafá, haciendo referencia a que buscan constituirse como un centro de atención de salud específico para adolescentes. En el mismo se hace brinda una atención interdisciplinar y personalizada de las consultas: ingresan con un clínico y luego son vistos por los diferentes especialistas.

El abordaje de la problemática de salud es integral, teniendo en cuenta las necesidades de los adolescentes y las falencias del sistema de salud tradicional. El equipo de profesionales que trabaja allí se reúne una vez por mes para lo que denominan pase de pacientes, a través del cual hacen un seguimiento conjunto del estado de los chicos e intercambian opiniones. Buscando siempre una unidad en los lineamientos que se transmiten al paciente. Trabajan a partir de un sentido de apertura a la demanda de los actores intervinientes en la comunidad. Brindando, además de la atención en los consultorios:

- Talleres dirigidos a adolescentes.
- Talleres dirigidos a padres o docentes de ámbitos que presentan problemas de consumo, violencia o abuso.
- Gestión de herramientas judiciales como intervención en casos de abusos.

Por su parte las Asesorías en las escuelas es un proyecto del Programa de Salud Integral en la Adolescencia, dirigido por Liliana Ensisa y está en vías de consolidación. Su objetivo es crear espacios amigables, de contención de la demanda de salud de los adolescentes en las escuelas secundarias, a través de la presencia regular en los establecimientos educativos de un efector de salud. La idea no es crear consultorios, sino lugares donde los estudiantes se acerquen por inquietudes que tengan acerca de su salud o de la salud en general, y en caso de que el efector detecte alguna problemática, le gestione un turno con el profesional correspondiente.

El Consultorio de Salud Reproductiva que funciona en el Hospital Pediátrico de Resistencia, nos parece interesante por la manera en que se constituyó y por la relevancia que posee en el tratamiento de la problemática mencionada como la más urgente a lo largo de las entrevistas: la maternidad adolescente.

El consultorio se constituye a partir de la preocupación de quien es actualmente su responsable, la Licenciada en Obstetricia Elba Sánchez. Quién percibió la problemática del embarazo de adolescentes y su vinculación con situaciones de vulnerabilidad social. Por lo que a inicios del año 2000 inició la consejería en salud sexual y reproductiva, promoviendo la colocación de DIU y llevando registro de las intervenciones que realizaba. La población inicialmente destinataria de su iniciativa eran las mujeres con hijos que acompañaban a los niños internados, a quienes captaba en las mismas salas en donde se encontraban. Lo interesante del caso es que en el transcurso de estos 16 años de su práctica, la misma fue modificándose, colocando el dispositivo a mujeres sin hijos. También se fue reduciendo la edad de colocación a menores de 19 años que ya hayan iniciado actividad sexual y ampliándose más allá de las mujeres que transitan por el pediátrico, hasta recibir a persona de lugares muy alejados del mismo. Sánchez comenta como significativo el aumento de DIU colocados, de iniciar con 30 dispositivos por año, pasó a colocar actualmente alrededor de 300 en el mismo período de tiempo.

Otra cuestión destacable es el registro detallado que posee, de cada colocación que realizó desde el inicio. Un vistazo rápido del mismo, permitió observar las modificaciones que se detallan más arriba. Y constituye, a nuestro entender, un documento a ser tenido en cuenta.

4.3- Provincia de Jujuy

Recursos disponibles

Existe entre los entrevistados una preocupación por la falta de recursos, tanto financieros como humanos, que permitan extender los alcances de las actividades e intervenciones a todo el territorio provincial. Con respecto a esto es notoria la demanda de medios de movilidad por cada programa, que permitan a los responsables desempeñar sus funciones en el interior de la provincia.

Asimismo, durante las entrevistas se observó una marcada carencia de espacio físico (tres programas trabajan en una oficina de dimensiones reducidas, sin delimitaciones entre ellas), como de insumos.

Con respecto a los recursos humanos, los entrevistados sostienen la falta personal administrativo, que les permita desempeñar más eficazmente sus funciones, así como la falta de profesionales para mejorar el abordaje interdisciplinario de las problemáticas.

Principales problemáticas señaladas

Un aspecto recurrente en las entrevistas, fue el de los principales problemas emergentes en salud adolescente: consumo de alcohol, suicidio, embarazo adolescente y consumo de sustancias tóxicas. Otros problemas nombrados por otros entrevistados fueron los accidentes de tránsito, las autoflagelaciones, la falta de consideración de la palabra de los adolescentes y los trastornos alimenticios.

Asimismo, se remarcó la asociación entre unas y otras. Por ejemplo, el consumo de alcohol puede ser la puerta de entrada para la ingesta de otras sustancias adictivas como paco, marihuana y pastillas, como también relacionadas con suicidios o accidentes de tránsito.

El aumento de la complejidad en la temática de adicciones hizo que en épocas anteriores el médico pudiese detectar más fácilmente el consumo adolescente, indicando el tratamiento adecuado, en tanto que en la actualidad existen sustancias nuevas difíciles de detectar y tratar (mezclas de alcohol, energizantes y lavandina, o en combinación con medicamentos).

Por último, algunos entrevistados refirieron a aspectos contextuales particulares que definen la presencia de algunas problemáticas adolescentes. Por ejemplo, el consumo de alcohol puro es muy alto en la puna, mientras que en las zonas bajas es común su ingesta mezclada con otras sustancias tóxicas. Del mismo modo los casos de abusos o violaciones son más frecuentes en zonas rurales, menos habituales en las zonas urbanas.

Concepciones, valoraciones y creencias

Las concepciones, valoraciones y creencias que se pudieron apreciar en las entrevistas incluyeron aspectos políticos en cuanto a la nueva gestión de gobierno. Como se apreciará, algunas posiciones son críticas a la anterior gestión, otras argumentan que no hay problemas en sus carteras tales como recortes presupuestarios, sino que por el contrario tuvieron aumentos en sus presupuestos o que los recursos disponibles alcanzan para las actividades previstas. Otros, por su parte, afirman una persecución política por ideas contrarias a la nueva gestión. En todo caso, la ayuda brindada por el gobierno anterior a distintas organizaciones sociales provinciales, y especialmente a la Organización Barrial “Tupac Amaru”, de la dirigente Milagro Sala, su situación procesal, como también la posición del actual Gobernador Morales, es referencia constante en las entrevistas de actores en el marco de las iniciativas de salud en adolescencia.

Sobre el primer punto, algunos funcionarios identificaron la presencia de nuevas posiciones en cuanto a los paradigmas políticos -a nivel nacional, y provincial en particular- en políticas sociales. En la Secretaria de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Humano, se escuchó que -en su opinión- existía un sesgo “asistencialista” en el anterior gobierno (de Cristina Fernández de Kirchner). Al consultarle sobre tales diferencias, sostuvo que antes se solían entregar “colchones” y “sanguchitos de miga” a la gente, y que actualmente la situación había cambiado, que el trabajo desde su labor como Secretaria era estar en el lugar, de trabajar con la gente, sin regalarle las cosas.

Por su parte, la entrevistada del Programa SUMAR, Lic. Roxana Zabala, Técnica en el Área Adolescencia sostuvo que la situación del programa ha cambiado, y que actualmente tiene muchos inconvenientes, comenzando por la falta de un coordinador provincial, y el despido de parte del equipo técnico.

En el Ministerio de Desarrollo Humano, los funcionarios entrevistados no hicieron referencia a algún tipo de recortes presupuestarios en sus carteras como tampoco de despidos. El Secretario de Salud Mental y Adicciones, Lic. José Manzur, y la Lic. Rodríguez, Secretaria de Niñez y Adolescencia afirman que sus instituciones cuentan con un presupuesto que posibilita desarrollar las actividades previstas.

Asimismo, se observaron marcadas diferencias en las valoraciones que los profesionales en salud, especialmente médicos, tienen sobre el papel de lo social en el abordaje de las problemáticas de adolescentes, y su posicionamiento en cuanto a sus derechos, particularmente en su derecho a elegir la Interrupción Legal del Embarazo.

Otras perspectivas apuntaron a remarcar la importancia de las características contextuales, sean culturales, económicas, identitarias, etc. alegando que debe incorporarse una visión relacionada con el nuevo paradigma en salud, buscando la prevención y trabajando con los adolescentes en sus contextos cotidianos de vida, sin retirarlos de los mismos para sus tratamientos.

En el análisis de la normativa -nacional, provincial- vigente en adolescencia se pudo apreciar que existen algunas variables que no fueron consideradas y que su aplicación presente dificultades que terminan eventualmente profundicen el problema original que motiva la intervención. A modo de ejemplo, la normativa alega que un/a niño/a o adolescente debe desarrollar actividades que favorezcan su crecimiento intelectual, espiritual y físico, sin tener por ello que ejercer algún tipo de actividad laboral, que se encuadraría como “explotación infantil”.

No obstante, según el contexto local se evidencia en algunas zonas rurales de la provincia, mayoritariamente en la puna y la Quebrada de Humahuaca, que estas son prácticas usuales. Sin embargo, al consultar a los efectores o técnicos que tienen relación más directa con los adolescentes, surgieron opiniones que avalaban esta postura, considerando que ello hace al contexto de acción de la política pública. Por su parte, desde los equipos ubicados en la capital de la provincia, en los ministerios, y aquellos que diagraman los programas y actividades para trabajar en campo (capacitaciones, talleres) se aprecia cierto desconocimiento o minimización de aspectos críticos presentes en los ámbitos locales.

De modo similar, al consultar a la Responsable del Programa Adolescencia de la Dirección de Maternidad e Infancia sobre las diferencias culturales y la presencia de embarazos de menores de catorce años en zonas rurales de Humahuaca, afirma que tales prácticas no deben ser consideradas culturales, en tanto que una violación o abuso no pueden considerarse como tal.

Sin embargo, la Directora del Hospital “Salvador Mazza” de la localidad de Tilcara, referente de segundo nivel de adolescencia en medicina general respondió que en el campo, se había dado cuenta que se considera de otra forma al adolescente: por ejemplo, los niños al terminar la primaria no suelen continuar los estudios secundarios, ya sea porque no tienen colegios secundarios en sus pueblos, o porque no tienen conocidos o solvencia económica para poder enviar a sus hijos a estudiar al pueblo de Tilcara. Por tanto, comienzan a desarrollar actividades de adulto, se encargan del cultivo, del ganado, de las tareas del hogar, es decir desarrollan actividades laborales propias de los adultos, pues ya pasan a ser considerados como tales dentro de sus propios grupos.

Estos cambios en los roles del niño también se ven en otros aspectos más allá de los laborales, y lo que en ciertos espacios se considera una “problemática adolescente” para otros no está mal y es lo correcto y lo que se espera de los hijos. Así, las jóvenes que terminan la primaria y no bajan a estudiar se quedan en sus pueblos, se desarrollan físicamente y comienzan a tener el aspecto de una mujer adulta, y así comienzan a ser consideradas, incluso son los mismos padres quienes suelen promover que sus hijas pasen a formar parte de un matrimonio o concubinato.

De la entrevista con la Responsable del Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable, Dra. Claudia Castro, surgieron algunas situaciones que ocurrían con la problemática del embarazo precoz, y dentro de ello, principalmente los abusos y violaciones a menores de 14 años. Comentó que uno de los problemas que se evidencian en la ciudad de

San Salvador de Jujuy, y especialmente en el Área de Ginecología del Hospital “Pablo Soria” (el de mayor complejidad de la provincia) eran los problemas de judicialización con los ILE (Interrupción Legal del Embarazo).

La situación se produce cuando se presenta el caso de una menor de 14 años que ha sufrido una violación, ella y la madre de la adolescente solicitan la interrupción del embarazo. Desde la Dirección de Maternidad e Infancia se ejecutan los pasos para que el mismo se realice en el Hospital, pero los médicos solicitan la intervención de la Justicia y la situación se judicializa lo que conlleva a la continuidad del embarazo, el mayor riesgo a la hora de realizar la interrupción, y los aspectos psicológicos que se sobrellevan en la incertidumbre, entre otros.

Al indagar sobre los posicionamientos en cuanto al ILE por parte de los profesionales de la salud, se verificó que no se trataba de un caso aislado en la ciudad, sino de una postura que tenía amplio consenso en diversos sectores médicos. La entrevistada afirmaba que solamente existen dos médicos dispuestos a actuar ante una ILE en la provincia. Las consecuencias de fueron similares en ambos: rechazo por parte de sus pares, e incluso la pérdida y/o dificultad para acceder a puestos de trabajos en algunas instituciones privadas de salud.

Es decir, hay cierto prejuicio a las tareas de ILE que realizan estos médicos, siendo incluso tildados de “aborteros”. La diferencia está en que el médico de 70 años ya tiene su trayectoria, reconocimiento y no es su prioridad insertarse laboralmente, mientras que el más joven es el que está padeciendo la pérdida de ciertos accesos laborales por sus labores en los ILE, por lo menos desde la perspectiva que nos informaba la entrevistada.

Llamativamente, esta perspectiva del “abortero”, al ser contrastada con otra entrevistada, específicamente la del Efactor referente de segundo nivel de adolescencia en medicina general (toxicología y clínica), Dra. Ximena Salinas, Directora del Hospital “Dr. Salvador Mazza” de la localidad de Tilcara, tuvo otras aristas, indicando la doble “moral” de algunos médicos, que en ámbitos públicos alegan una “objeción de conciencia”, mientras que en ámbitos privados realizan tales interrupciones sin ningún tipo de objeciones.

Trabajo intersectorial / conformación de equipos

Un problema identificado en las entrevistas fue la dificultad de generar equipos interdisciplinarios con la participación de un médico. En general, los equipos que trabajan en los centros de salud, o los que desarrollan proyectos dentro de los programas del Ministerio de Salud se encuentran conformados por psicólogos, trabajadores sociales, agentes sanitarios, y educadores para la salud, y en menor medida por médicos, al menos en las actividades de prevención. Los motivos de tal ausencia, de acuerdo a algunos actores entrevistados, es económico: para los médicos es más rentable el trabajo en otros ámbitos, sean particulares, en instituciones privadas o públicas; sosteniendo asimismo que es aún muy común que los médicos no orienten su trabajo a la prevención.

Otro problema resulta de la movilidad que suelen tener los profesionales en la provincia. Al ser un distrito con regiones geográficas diversas (zonas altas, puna, quebrada, valles y selva), con patrones demográficos disímiles, con pocas ciudades de alta concentración y numerosos poblados con población esparcida en grandes distancias. Ello ocasiona que los profesionales suelen tomar cargo en estas últimas y migren a la ciudad cuando encuentran alternativas laborales más satisfactorias. Como consecuencia, los profesionales residentes no suelen ser locales, desconociendo las realidades idiosincráticas. Por otra parte la rotación tiende a ser elevada, reduciendo las posibilidades de desarrollar acciones de largo alcance temporal.

4.4- Provincia de La Rioja

En la provincia de La Rioja, las estructuras gubernamentales que corresponden a las temáticas de adolescencia se organizan principalmente en Ministerios y Secretarías. Dentro de los mismos encontramos Programas y Direcciones. En algunos casos, las Secretarías dependen directamente del gobernador de la provincia y son el órgano de control de los Ministerios. Es importante destacar que son muy pocos los que cuentan con presupuesto propio para definir acciones en sus áreas.

Un dato relevante al momento de analizar políticas sanitarias en la provincia es la rotación de funcionarios a cargo de la cartera sanitaria: durante los últimos tres años el Ministerio de Salud estuvo a cargo de cuatro ministros, con reestructuraciones respectivas en cuanto a directores, coordinadores y referentes de áreas como replanteo de políticas sanitarias. El descontento que provoca estos cambios infunde en los actores falta de compromiso con la gestión, tomando a éstos como personas de paso. Por lo tanto se observa que los referentes continúan con las actividades dispuestas por las áreas, en algunos casos no saben en qué lugar del organigrama ministerial se encuentran, si existe o si está en vigencia o si fue nuevamente modificado.

También es relevante mencionar la falta de personal y de recursos tecnológicos con los que cuentan estas secretarías y direcciones para poder ejecutar acciones de intervención en las problemáticas sanitarias y asistenciales. La precarización laboral en los distintos centros de salud y hospitales, particularmente en el interior de la provincia limita la presencia de especialistas, como también de equipos en los órganos de control establecidos por ley para poder abordar cuestiones vinculadas directamente a la protección integral de los NNYA. En este sentido, tampoco existen equipos de salud conformados para poder actuar en consonancia con que establece el protocolo: ley n° 9718 (referido al interior de la provincia).

En el caso del Ministerio de Educación la referente (Supervisora de nivel medio María Elvira Quinteros), remarcó que la pobreza es uno de los indicadores que más impactan en las problemáticas de los adolescentes, aumentando la deserción estudiantil.

Fruto de las entrevistas se identifican algunos ejes comunes a destacar, entre ellos, la necesidad de un trabajo en equipo y coordinado entre las distintas áreas intervinientes: las acciones que se realizan son exclusivas de cada oficina, pese a que se reúnen en espacios intersectoriales. Asimismo, el resultado general de las entrevistas revela que los referentes tienen sentido de pertenencia con sus áreas, pero la falta de recursos económicos y humanos para realizar su trabajo. Manifiestan que se sienten desbordados para poder abarcar a toda la población objetivo, y requieren mayor debate para la definición de un plan estratégico y un diseño macro en políticas sanitarias.

De las conversaciones con los/as referentes queda evidenciada la falta de comunicación con los adolescentes. Las etiquetas, los rótulos que se les colocan, y el abandono que sufren por parte del grupo primario, son las principales causas para dar inicio a problemáticas más severas. La mayoría coinciden en que no se sabe empatizar ni escuchar al adolescente, y que no se logra el acompañamiento necesario, ya que acuden a una primera entrevista y es dificultoso lograr que vuelvan a una segunda y tercera. La falta de estadísticas sanitarias sistemáticas también es un impedimento para realizar acciones de prevención.

Otra de las valoraciones vinculantes está directamente relacionada con el desconocimiento de la normativa vigente para el abordaje institucional en cuanto a las denuncias que se deben realizar y las medidas que se deben tomar acorde a la ley en relación a embarazos adolescentes en menores, los cuales se consideran abusos en un rango menor a los trece años de edad.

Recurrencias y diferentes perspectivas y miradas sobre los mismos temas

Las recurrencias significativas son la falta de recursos humanos y económicos, y la falta de interpretación y captación de los adolescentes. Si bien se realizan trabajos intersectoriales no se ha logrado disminuir los indicadores en la provincia, y todos coinciden que el embarazo adolescente, el suicidio y las adicciones son las problemáticas emergentes. Complementariamente, se han ubicado la pobreza y el cumplimiento de las garantías de derechos contemplados en las normativas, como también la violencia de género y la falta de proyecto de vida sobre todo en el interior de la provincia, donde el suicidio se verifican casos de suicidios en determinados períodos.

En términos de la problemática adolescente, la mayoría de los actores relacionan la falta de proyecto de vida como un agravante para este grupo etario ya que propicia el consumo de sustancias y el alcoholismo. Otros/as mencionaron que es habitual que el adolescente tenga solamente como proyecto de vida tener un hijo, y que ello impacta tanto en el varón como en la mujer, generando deserción estudiantil. Se discute que en muchos casos las niñas quedan solas en la casa, teniendo que salir a trabajar para poder afrontar la crianza de sus hijos.

Si bien todos mencionan el trabajo intersectorial, en los casos de las direcciones jóvenes o secretarías que fueron creadas a partir del nuevo gobierno, sienten que están trabajando en

función del ensayo y el error a partir de una mirada subjetiva, si bien saben que hay mucho por hacer no tienen estadísticas que direccionen sus acciones.

En cuanto a los objetivos de gestión, ellos difieren dependiendo del área entrevistada, infiriendo que no existe un único plan estratégico de ejecución en materia de políticas de prevención y promoción de la salud de los adolescentes. Si bien todos enuncian la realización de talleres y capacitaciones como herramientas de trabajo para mejorar las capacidades del personal y atraer a los adolescentes, sienten que no han logrado aún el objetivo planteado: la disminución de las problemáticas que presenta la población adolescente.

Es llamativo entender desde una perspectiva de construcción social que las distintas áreas establezcan el trabajo asistencial en función de la demanda y no como una necesidad de mejorar la captación y la comunicación.

Otra de las recurrencias entre los entrevistados es la falta de capacitación financiada por parte de los organismos estatales hacia el personal, sostienen que son ellos los que deben formarse con recursos propios para poder brindar una mejor atención. Algunos/as entrevistadas/os manifiestan de manera enfática la imposibilidad de sostener un buen servicio sin la formación continua, refiriendo a la ausencia de recursos económicos como una barrera en la gestión.

Otro de los puntos que se destaca en las entrevistas es la idiosincrasia de la provincia que ralentiza los procesos e impide visibilizar algo latente. Un funcionario ejemplifica este enunciado con los casos de suicidio, *“luego de algunas observaciones se pudo establecer que los otros adolescentes habían dado anuncios por redes sociales y a sus familiares”*.

La idea de *“proyecto de vida”* es uno de los indicadores que se mencionan con mayor frecuencia en las entrevistas, y se observa como un detonante en las problemática de las/os jóvenes. En este sentido, el deporte se destaca como una necesidad o alternativa para sacar a los chicos de las *“juntadas improductivas”*, existiendo varias áreas que articulan con clubes, escuelas y centros vecinales. En general, los adolescentes respondieron bien a las propuestas realizadas por la Dirección de Deportes, participando activamente en los eventos con fines solidarios.

La temática de embarazo adolescente no aparece como una problemática prioritaria en las entrevistas, y sólo se discute al ser mencionada por el equipo del proyecto.

Barreras detectadas

Las dificultades se relacionan en muchos casos con la falta de flexibilidad en la asistencia al/la adolescente. Si bien el servicio de adolescencia del hospital ha logrado una cobertura significativa, según los entrevistados, no todos los espacios cuentan con ello. El lenguaje y la comunicación con los jóvenes también se presentan como una limitante en cuestiones de accesibilidad, muchas veces son ellos los expulsores de los adolescentes del sistema de salud.

Otra de las barreras mencionadas está vinculada a que existen direcciones unipersonales, lo que dificulta el abordaje territorial. La visita a los CAPS y los traslados de otros lugares del interior dependen de los recursos económicos con los que cuente el director de cada programa. En este sentido, la mayoría de las direcciones o secretarías enuncia como principal barrera el traslado y la falta de especialistas. En cuanto a los adolescentes, ellos carecen en ocasiones del dinero para trasladarse al sistema formal de salud, y de lograr hacerlo, en muchos de los casos ya no hay turnos.

Capacidades e intenciones de intervención e incidencia:

Las distintas Direcciones y Secretarías tienen sus estándares y direccionalidades políticas para el abordaje sanitario de las problemáticas planteadas en este estudio. Es importante destacar que si bien hay algunas que tienen más años en la gestión, otras fueron creadas durante el 2016 con una mirada joven, como ellos mismos lo mencionan: “sin estadísticas en las áreas y con ganas de generar más actividades”.

El abordaje intersectorial del que hablan está relacionado con reuniones y mesas de trabajo que no definen una estrategia común para el colectivo, sino que refieren a una política de salud pública integradora. Generaron una mesa intersectorial, con talleres en las escuelas, y reuniones de trabajo a demanda del equipo. A pesar de ello, es interesante establecer como punto de discordancia entre interlocutores lo que se menciona como un trabajo intersectorial: en varias oportunidades se manifiesta el desconocimiento de lo que se está realizando en otras áreas.

La Secretaría de Adicciones depende del Gobernador directamente, y articula con Nación en cuanto a la prevención, aunque también lo hace con el Ministerio de Educación. Poseen centros de orientación y contención, realizan admisión en forma pública y gratuita, y tienen una casa de cuidado en la capital provincial, mientras que en Chilecito cuentan con hospital de día, internación propia y terciarizan a través de otras instituciones no gubernamentales.

Desde la Dirección de Materno Infancia y desde el Programa de Adolescencia se habla de dos realidades institucionales distintas en cuestiones de recursos. Si bien ambas reconocen las limitantes en temas vinculados a la cobertura y el alcance, la Dirección no hace referencia a la falta de recursos económicos y de personal que afronta el Programa de Adolescencia, como una problemática al momento de efectivizar las acciones planteadas. Enuncia que se realizan talleres dos veces por semana en los CAPS con participación de los adolescentes, y se brindan capacitaciones a los efectores. Establece como una problemática clave la falta de captación, indicando como indicador negativo la poca disponibilidad de turnos y el trato que se brinda a los jóvenes cuando solicitan atención o asesoramiento.

El Programa de Adolescencia articula con Secretaría de la Mujer, Desarrollo Humano y Familia, la Secretaría de Deportes, Adicciones y Salud Mental (DGNYA), y otros programas del Ministerio de Salud. Realizan un taller semanal, el cual se dicta rotativamente en cada uno de los CAPS, intentando fortalecer la atención diferenciada para los adolescentes.

Las acciones concretas que se realizan desde la DGNYA están directamente vinculadas al marco normativo tanto provincial como nacional e internacional (la Ley N° 8848 a través del decreto 868/2015), (la Ley N° 9718 de Protocolo de abuso y otros delitos en forma son el organismo que realiza la ejecución de medidas de protección y medidas excepcionales). A través del marco normativo, los organismos públicos o privados existentes en la provincia, cuando detectan un hecho de vulneración o posible vulneración de derechos deben informar a la DGNYA a fin de poder desarrollar planes de intervención, una vez que ellos toman conocimiento de la situación se conforma un equipo de trabajo interdisciplinar que cuenta con un abogado, un trabajador social y un psicólogo, quienes al momento de observar y analizar la información con la que cuentan y en consonancia con el procedimiento que establece la normativa dan continuidad al trámite que se requiera.

Este plan de intervención y de abordaje, implica diversas acciones que tienden a la protección y/o a medidas excepcionales. A modo de ejemplo, si se requiere un tratamiento psicológico o de adicciones para el adolescente, o alguna intervención familiar con un trabajador social, se realizan las articulaciones correspondientes con las áreas que se encuentran directamente vinculadas a las problemáticas a fin de brindar herramientas y posibles soluciones.

En el caso de problemáticas vinculadas a educación, en nivel primario y secundario se trabaja con los docentes para capacitarlos en inclusión e integración. En este sentido, la DGNYA recibe derivaciones y presentaciones a demanda espontánea sobre algún caso donde se hayan vulnerado derechos. En los casos donde no se pueden salvaguardar los derechos de los niños y adolescentes por parte de los de equipos de trabajo, se adopta una medida excepcional que consiste en ingresar al menor a los dispositivos con los que cuentan en la actualidad "Hogar Niño Alcalde". Esta institución abarca una franja etaria de recién nacidos hasta los 12 años. También cuentan con "familias de acogimiento" que reciben niños desde los trece hasta los dieciocho años de edad. Como es de esperar, las medidas excepcionales y de protección deben ser autorizadas por el juez de menores de la provincia antes de ser llevadas a cabo.

La Dirección de promoción deportiva de la unidad de centros culturales y sociales es un área reciente y se potenció en función de las demandas sociales. Trabajan en campeonatos infantiles, eventos con futbolistas de primera división y realizan intervenciones con atletas que traen desde Buenos Aires. Los espacios que utilizan para dichos eventos son estadio de Vargas y el Superdomo.

Desde la Secretaría de Derechos Humanos, el abordaje institucional está directamente vinculado a la articulación que se realiza con otras áreas como son fiscalía o distintas direcciones, a fin de garantizar el derecho a la defensa de las personas, en acuerdo con la promoción y prevención de los derechos humanos. Al igual que las otras oficinas consideradas, trabajan a demanda.

Finalmente, el Programa Sumar tiene un objetivo general que fue evolucionando, pasando de un seguro materno-infantil con pagos por empadronamiento y desempeño a abarcar a

los/as adolescentes en su grupo de intervención. Uno de los principales desafíos que afronta es el de contribuir para lograr una disminución en la morbi-mortalidad en general a través de acciones que llevan a cabo mediante pago por resultados, monitoreando el cumplimiento de ciertos objetivos. El Programa hace un seguimiento de los equipos de salud de acuerdo a la patología que presenten los adolescentes, implementándose una historia clínica en colaboración con los agentes sanitarios quienes efectivizan el seguimiento territorial y dictan talleres para las distintas problemáticas de los adolescentes.

4.5- Provincia de Misiones

Valores, creencias en relación a la adolescencia

Entre las principales problemáticas señaladas, los entrevistados en general coinciden en sostener que el embarazo adolescente es una de las principales temáticas relacionadas a la población adolescente. Sólo minoritariamente se sostiene que -Programa de Salud Sexual y Programa de Salud Indígena- en rigor, el embarazo adolescente está en la agenda del adulto, pero que no todos los adolescentes lo perciben como un problema en sí mismo.

El caso de las comunidades aborígenes merece una mención aparte debido a que la adolescencia como etapa vital no está contemplada en su cultura. De la niñez se pasa a la adultez y el embarazo en este contexto no es vivido como un problema sino como un acontecimiento esperable. Por su parte, la referente de salud sexual sostiene que, si se le consulta a los/as adolescentes, se aprecia que este tema no ocupa el centro de las inquietudes. Su preocupación principal consiste en ser escuchados, tener espacios para poder participar y que su voz sea tenida en cuenta.

La mayoría de los entrevistados coinciden en sostener que las adicciones, sobre todo el alcoholismo, sí es una problemática preocupante. En ese sentido, lo que más parece alarmar es la naturalización del alcoholismo y la aceptación social, incluyendo a los adultos, del consumo de bebidas alcohólicas.

En general, se tiende a vincular el uso de sustancias con problemas de violencia, lo que parece ocasionar una carga en el sistema de salud. *“Las adicciones implica escuchar con el cuerpo, acompañar la angustia y el sistema de salud está preparado para atender rápido, para consultar.”*

Otra de las problemáticas preocupantes asociadas a la adolescencia es la deserción escolar, que -si bien no atañe directamente a la salud- está relacionado con consecuencias en la salud. *“Un chico que no está escolarizado, tiene menos acceso a la información y menos posibilidades de estar controlado sanitariamente”.*

En general, el suicidio es un tópico que se sólo se menciona cuando la pregunta es inducida, en otros términos, no surge espontáneamente como problema. Aunque ninguno de los entrevistados cuenta con datos precisos, en general se sostiene que no equipara a la magnitud de las otras problemáticas.

Para la mayoría de los entrevistados lo que les pasa a los adolescentes en la actualidad tiene que ver con los cambios sociales, fundamentalmente con cambios en el adulto. Paradójicamente, los entrevistados, como adultos, no se posicionan como parte de ese mundo adulto y se refieren en tercera persona del plural: “los adultos no ponen límites”, “no dan pautas”, “hay abandono”, “no atienden a los chicos”, “los chicos están solos”.

De los actores consultados, sólo en algunos se manifiesta un verdadero interés y acercamiento al mundo de los adolescentes, a escucharlos, a ver qué tienen para decir, pero en general es posible percibir que les resulta un mundo ajeno, incomprensible e inabordable.

Por su parte los actores relacionados con el ámbito de la salud tienden a pensar que el sistema de salud no está preparado para atender al adolescente. El sistema está preparado para la enfermedad, o para la embarazada o el niño. Pero asistir a un adolescente implica adentrarse en problemáticas psicosociales, implica pensar en el chico y en la familia, y para eso no está preparado: *“El adolescente molesta en el sistema de salud.”*

Recurrencias en cuanto a gestión

Generalizadamente, se detecta falta de articulación formal entre los organismos intervinientes. Las acciones en conjunto se facilitan entre personas, pero no entre instituciones, y como consecuencia de este tipo personalista de articulación, ante cambios de las personas en las diversas instituciones se vuelven a desarticular las acciones. Esta situación se ha detectado tanto en entrevistados que provienen del sector público como en aquellos que provienen del tercer sector.

Un dato significativo observado es que la mayoría de los actores entrevistados no cuenta con datos: no los tiene presentes ni incorporados en su gestión, ya sea para evaluar, identificar o proyectar acciones.

Asimismo, se han detectado estructuras montadas para tener base local que están en función de responder a las demandas nacionales. En este punto, se ha observado cierto desconcierto e incertidumbre ante cambios políticos en la gestión nacional, particularmente en organismos nacionales con sede local o programas nacionales: SENAF, Salud Mental, Salud Sexual, SUMAR.

Modelos de gestión / perfiles en cuanto a cómo encaran la gestión

Del análisis de las entrevistas hemos podido diferenciar distintos modos de abordajes que combinan dos variables: por un lado las características de gestión y por otro, la apropiación del rol de los actores entrevistados. De la combinación de ambas variables hemos encontrado 6 modelos que nos permiten categorizar las prácticas y abordajes de la gestión: 1) intervenciones concretas institucionalizadas 2) otras intervenciones en las que hay compromiso pero no roles institucionalizados 3) cargos que no tienen estructuras para llevar adelante las acciones 4) cargos con una mirada crítica de las intervenciones institucionales

5) actores que tienen poder pero no decisión y finalmente, 6) actores que tienen cargos pero se muestran displicentes respecto de la problemática.

1) Intervenciones concretas institucionalizadas: se trata instituciones que trazan objetivos y metas. Ponen en práctica un conjunto de acciones encaminadas a cumplir un objetivo. Monitorean avances y evalúan resultados. Cuentan con datos y los utilizan para gestionar y planificar estratégicamente. Tiene guías y protocolos. Las intervenciones perviven sobre las personas que las ejecutan.

2) Tienen compromiso pero no está institucionalizado: son actores que asumen responsabilidades aún cuando su rol no está institucionalizado o no forma parte del organigrama, ni tienen un cargo específico. Actitud orientada a prestar servicio, se evidencia vocación y un vínculo afectivo con su labor, se refleja en la “pone el cuerpo”. A pesar de ello, no tienen poder para gestionar y en general no piensan estratégicamente.

3) Tienen un cargo/Sin estructura: son los casos de los Directores o Referentes de programas con un objetivo “nominal” pero sin estructura. Programas compuestos por una sola persona y sin presupuesto específico para llevar adelante sus funciones. Contrapartes provinciales de programas nacionales, tratan seguir lineamientos nacionales pero -con excepciones- no hay una apropiación de los lineamientos como política o intervención provincial.

4) Críticos respecto del abordaje institucional/Desconcertados: se trata de aquellos actores que cuestionan los modos de abordaje institucional hacia los adolescentes. En este grupo es posible hacer, a su vez, una distinción entre los que reconocen que “no se encuentra la estrategia” para abordarlos y aquellos que intentaron cambios en los abordajes pero las malas experiencias los han replegado y se encuentran escépticos respecto de la posibilidad de cambio.

La diferencia sustancial entre ambos grupos es la capacidad para realizar diagnósticos sobre las dificultades y barreras de acceso institucionales. El primero se encuentra atravesado por el desborde de las tareas cotidianas, lo que le impide pensar estratégicamente en proyectos e intervenciones, pero se muestran abiertos a integrar espacios de discusión y elaborar nuevas estrategias. En el segundo grupo, realizan buenos diagnósticos sobre las dificultades de acceso institucionales pero no son propositivos respecto de cómo empezar a modificarlas. En cuanto a lo actitudinal, prima el desencanto y la falta de motivación para incorporar nuevas estrategias de abordaje.

5) Tienen poder/No decisión: son actores en los que se observó escasa profundidad en el análisis sobre el abordaje hacia los adolescentes. La adolescencia, para ellos, es un punto más en su agenda. Están orientados a mantener cierto control y mostrar que se ocupan del tema, pero sin un plan estratégico que implique impacto. Brindaron respuestas políticamente correctas sin soporte concreto que las respalde.

6) Tiene cargo/No lo ejerce. Ocupan cargos de contraparte provincial pero no los ejercen. Se mostraron indiferentes o displicentes respecto de la adolescencia. Realizan acciones esporádicas, generalmente acoplándose a iniciativas propuestas por otros. Naturalización de

problemáticas que afectan a los adolescentes y cierta tendencia a minimizarlos, a conceptualizarlos como problemas estructurales: *“embarazo adolescente no es una problemática, hubo siempre...”*.

Modos de abordaje

Con respecto a los modos de abordaje, hemos logrado identificar dos grandes posturas entre los actores entrevistados. Por un lado, un grupo minoritario que abiertamente se posiciona en una perspectiva de derechos. Conocen los Derechos de los N,NyA, los promueven y los hacen valer. Generan espacios o abren caminos para que esos valores se puedan ejercer.

Por otro, aquellos que mantienen posturas poco claras o híbridas, que no los niegan ni se contraponen abiertamente, pero tampoco basan su accionar en esta perspectiva. En este último grupo -en el que se encuentra la mayoría de los entrevistados- se advierte cierto desconocimiento o falta de entendimiento acerca de qué significan los derechos y todas las implicancias que tiene la aplicación de este enfoque. En estos actores, se observa que los derechos de los niños, niñas y adolescentes quedan sólo en el plano discursivo.

Hay ciertos lineamientos para adaptar normativas vigentes pero conviven simultáneamente con prácticas que los obstaculizan. Por ejemplo, se brinda asistencia a víctimas de abuso sexual, pero al mismo tiempo y en el mismo efector, el personal de admisión obliga al menor a estar acompañado de un tutor para entregarle anticonceptivo o bien para la consulta; o el profesional - aun con orden judicial- se niega a realizar un aborto alegando objeción de conciencia.

El incumplimiento de normativas vigentes se pone de manifiesto principalmente en temas concernientes a la sexualidad tales como el aborto no punible o la entrega de anticonceptivos. Pero, al decir de algunos entrevistados, también se expresa en prácticas más básicas, como por ejemplo en exigir a los menores estar acompañados de un tutor para acceder a la consulta.

Barreras detectadas

En cuanto a las barreras para el acceso, se han observado obstáculos vinculados con aspectos institucionales, económicos, sociales y culturales.

En el aspecto institucional, no se evidencia un claro compromiso de enmarcar el trabajo desde la perspectiva de derechos de los adolescentes. Si bien existen acciones aisladas dentro de los Ministerios, pero no forman parte de un lineamiento o planificación estratégica. Las acciones o intervenciones quedan sujetas al perfil que le imprima cada responsable de cartera. No se percibe que haya una política orientada a generar un cambio sustancial, más bien pareciera que se apunta a sostener o mantener bajo control pero no a generar.

Otra de las barreras significativa es de carácter económico. Se han señalado Direcciones y Programas sin presupuesto y en algunos casos sin RRHH, lo que dificulta -y en ocasiones impide- la planificación de acciones más complementarias como campañas, actividades lúdicas o recreativas. Al decir de algunos de los entrevistados, se evidencia escasez de recursos humanos para montar equipos de salud específicos para adolescentes y al mismo tiempo, escasez de recursos humanos especializados: hebiatras, psicólogos, endocrinólogos. Asimismo se ha destacado la falta de asignación de recursos para insumos como el ejemplo de la compra de anticonceptivos.

Desde lo social, prima la idea de que las problemáticas que atraviesan la adolescencia tienen que ver con cambios en la configuración del adulto y de las familias. Se detecta gran confusión, no solo en los adolescentes y sus familias, sino en los propios actores, que no saben o no encuentran la manera de abordar la nueva realidad. Esto se pone de manifiesto en la crisis de identidad de los adultos y en la desfiguración del concepto de adultez: padres que no se responsabilizan de sus hijos, pérdida de autoridad, ausencia de pautas, desapego. En las dinámicas familiares, se refleja en la anomia, entendida como falta de reglas de juego, o bien nuevas reglas que no alcanzan a identificarse para actuar en base a ellas. Son algunas piezas que configuran estas nuevas realidades sobre las que el estado, específicamente el sistema de salud, debe actuar.

Finalmente y no por ello menos importante, señalamos las barreras que están vinculadas con aspectos culturales. En este punto resaltamos los prejuicios del propio personal de salud, desde la admisión hasta el profesional y directivos. Esto demuestra el bajo nivel de conocimiento o franca omisión de leyes sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Mitos, aprendizajes intra e inter familiares que se van reproduciendo y cobran valor de verdad, sobre todo en lo concerniente a sexualidad.

Capacidades e intenciones de intervención e incidencia

Entre las intervenciones relevadas se observa que prima un modelo de abordaje muy acotado, que se limita a dar charlas, talleres y capacitaciones. Fundamentalmente en escuelas, equipos de salud o actores que forman parte de la escena del adolescente, pero no hay propuestas de abordaje más integrales o sistémicos.

Al mismo tiempo, predominan acciones reactivas que actúan frente a la demanda en lugar de aquellas que busquen la captación activa del adolescente. Se verifican pocas intervenciones en territorio, principalmente en barrios, las que se dan esporádicamente y en el contexto de otras actividades.

Entre las intervenciones más destacadas, sobresale la labor del Programa Provincial de Salud Sexual, fundamentalmente por el modo de abordaje que implementa que hace explícito y efectivo los derechos, mediante un trabajo planificado y por etapas y no “al boleo”. Primeramente capta equipos predispuestos, luego los capacita desde lo técnico, legal y psico social, prevé asignación de insumos y una vez instalada la capacidad es que da las charlas a

los adolescentes. Otro rasgo destacable es que le da voz y participación al adolescente en las intervenciones.

También cabe mencionar las intervenciones que desarrolla la fundación Defender la vida, asociación que sin estructura ni apoyo institucional formal, optó por un tipo de intervención a actores clave. Puede decirse que esta organización ocupa un espacio vacío en la arena pública y se desenvuelve tal como lo haría si estuviera inserto.

Un caso excepcional es la Fundación Brazos Abiertos porque implementa un modelo de intervención donde convergen un conjunto de acciones en pos de un objetivo: evitar la deserción escolar en la secundaria. Cuenta con estructura profesionalizada, monitorea y evalúa. Como contrapartida, se centra en una población muy pequeña y se maneja por fuera de las instituciones públicas, sin intención de articular con el sector público.

En el sector de salud pública, se detectan ciertas imprecisiones en cuanto a la definición de objetivos de las intervenciones que se llevan a cabo en el Ministerio de Salud entre los programas Salud Integral Adolescente, Sumar y Salud Sexual. Si bien trabajan juntos, acompañándose en forma constante, no se manifiesta una real articulación.

Queda de manifiesto la ausencia de una “Mesa sobre adolescencia” en la que se debatan y propongan estrategias hacia los adolescentes. Todos los actores terminan haciendo lo mismo (talleres) en los que no se le dan voz al adolescente o se le da, pero en forma muy controlada.

En cuanto al servicio de adolescencia diferenciado (Hospital de Pediatría), podemos detectar que funciona en términos nominales, pero no cuenta con un equipo de salud específico ni especializado: se trata de profesionales que deben repartir su turno entre el hospital y el servicio. Además, faltan profesionales claves para la atención: hebiatras, psicólogos, endocrinólogo.

Otro dato a considerar son inconsistencias internas que se han detectado en el abordaje. El hospital promueve la atención adecuada a un tercer nivel mientras que servicio está planteado desde la perspectiva de un primer nivel de atención.

Asimismo se observan algunas iniciativas interesantes, como por ejemplo el proyecto para trabajar con los adolescentes desde los CIC (Centro Integrador Comunitario) fundamentado en la idea de que las actividades sociales, recreativas o de capacitación traccionan la captación de adolescentes.

4.6- Provincia de Salta

En la provincia de Salta la salud adolescente es una temática de reciente incorporación en la agenda de la salud pública, si se considera que las áreas de incumbencias específicas han sido creadas no hace mucho tiempo. Las supervisiones de adolescencia y salud sexual reproductiva -si bien no tienen el nivel de Secretarías, Direcciones o Programas- son instancias de trabajo que han logrado un paulatino reconocimiento en la coordinación y ejecución de acciones sobre salud adolescente. Los alcances de sus tareas actuales se

encuentran limitadas por la reducida cantidad de personal y el acotado presupuesto asignado, aunque se considera que se trata de un avance importante en la progresiva institucionalización de la salud adolescente.

Los avances alcanzados no sólo pueden atribuirse a las experiencias previas realizadas en el ámbito estatal o el apoyo de la cooperación internacional. Las contribuciones de organizaciones de la sociedad civil como Jeser - Jóvenes por la Salud Sexual y reproductiva, incorporado en este estudio- han contribuido a la visibilidad de la salud adolescente desde la demanda formulada en clave de la exigibilidad de los derechos a la salud sexual.

Distintas áreas del gobierno, además de la cartera de salud, han empezado a incorporar la salud adolescente en sus respectivas agendas de trabajo y actividades. Esto como resultado de los desafíos que asumen las problemáticas específicas que presentan los adolescentes y por las acciones de articulación interministerial promovidas por las mencionadas supervisiones.

El sistema de salud presenta una complejidad propia dado la extensión y particularidad de la provincia. La misma está dividida en cuatro áreas operativas: norte, centro, sur y oeste. Cada área operativa se organiza en referencia a un hospital de cabecera -llamado de tercer nivel- alrededor del cual se dispone un conjunto de centros de salud, puestos sanitarios o posta -denominado el primer nivel- diseminados en barrios, localidades alejadas o parajes. Al mismo tiempo, cada área presenta algunas particularidades por la composición demográfica y la dinámica social, además de sus características ambientales y geográficas.

Se destacan la zona centro que concentra el área metropolitana y casi todos los servicios de la provincia. La zona norte combina ciudades medianas con localidades y parajes donde la presencia de pueblos indígenas de las principales etnias wichi, guaraní y toba, dotan de una particularidad específica al área. En ese marco se señala que las problemáticas de salud adolescentes no son las mismas en toda la provincia, tanto en la recurrencia de las situaciones de salud que los afectan como también el acceso a los servicios de salud.

Al momento de realizar el estudio hubo un recambio del ministro de salud que añadió cierta inquietud sobre las políticas y la estabilidad de las autoridades ministeriales con alta y mediana responsabilidad. Respecto a lo primero, se ha conocido la decisión de reforzar la atención en el primer nivel (centro de salud, puestos y postas sanitarias) reconociendo así ciertas dificultades en la dotación de cargos, las limitaciones en equipamiento e insumos que impactaron negativamente en la atención en esos centros y en consecuencia generando una sobre carga en los centros asistenciales de mayor complejidad por la traslado de la demanda. Durante las entrevistas a los integrantes del sector de salud, algunos de estos aspectos estuvieron presentes transmitiendo alguna inquietud y un moderado optimismo por las medidas anunciadas.

Los cambios ministeriales no son exclusivos del área de salud, aun cuando el actual gobernador transita su tercer mandato. Con anterioridad, las áreas sociales, de educación y justicia observaron recambio de ministros o re-estructuraciones ministeriales, absorción y/o creación de nuevas oficinas. Al respecto podemos mencionar los ejemplos con alguna

relevancia sobre la temática de salud adolescente que hemos referido en la revisión normativa, cuales son el área social, el área de justicia penal y el de salud mental-adicciones.

Las políticas públicas son un campo de tensiones donde convergen disputas políticas, económicas, sociales y culturales. Algunas modificaciones ministeriales, como es el caso del reciente cambio del responsable de salud, se enmarcan a la aparición recurrente de casos - como la muerte por desnutrición- que al cobrar una dimensión en los medios nacionales parecen haber exigido la búsqueda de un responsable. Otros casos, como la transferencia de las políticas sociales a la órbita de los municipios, parecían obedecer a la necesidad de ampliar la alianza de los actores políticos que asegure al gobierno los acuerdos en la legislatura provincial, lo que terminó de sellar la suerte de ex Secretaría de la Niñez y la Familia debilitando el área social de atención a la problemática adolescente.

Otras modificaciones como las operadas en el área de Salud Mental y las Adicciones son otro ejemplo. La primera gestión del actual gobernador, creó una Secretaría de Adicciones que a poco de su aparición fue fusionada con la de Salud Mental bajo la órbita del Ministerio de Salud. Más tarde, su dependencia se trasladó al Ministerio de Derechos Humanos para luego regresar al Ministerio de Salud, pero esta vez como dos Secretarías en órbitas separadas. No sólo se trató de modificaciones de ámbitos, sino de enfoques y de lineamientos de trabajo. Como refiere el testimonio de un entrevistado de una ONG´s la inestabilidad en combinación con las restricciones presupuestarias minó las posibilidades de generar procesos estables en materia de Salud Mental. En cierto sentido, la inestabilidad fue un rasgo en materia de Salud aun cuando se ha formulado un plan Quinquenal (2011-2015) que poco se sabe de su implementación y logros.

No obstante, se observan algunas continuidades en las políticas públicas como en las de salud. Muchas de ellas sostenidas por el esfuerzo y el compromiso de grupos de profesionales y funcionarios que logran persistir y dar continuidad a experiencias, iniciativas, dispositivos o modalidades que luego logran transformarse en lineamientos de políticas.

Un aspecto destacable del estudio es qué si bien los entrevistados eran personas con diferentes trayectorias profesional o de vida, la mayoría pertenecía a una misma generación -entre los 35 y 45 años-, mostraban una vasta experiencia en la temática y transmitían un alto compromiso con su tarea.

Las recurrencias

Las recurrencias están acotadas a las diferencias que se encuentran al tratarse con distintas áreas de las políticas públicas. No obstante, ha sido posible identificar algunos aspectos comunes.

Un aspecto compartido por la mayoría de las entrevistas consiste en que la planificación de las actividades de los distintos organismos e instituciones donde trabajan se realiza a partir de diagnósticos, demandas o problemáticas sobre el cual se trabaja. Los diagnósticos refieren a un conjunto de conocimiento que asumen distintos formatos.

A veces se trata de indicadores consolidados -tasas, porcentajes, índices- que refieren a una realidad observada -alta tasa de suicidios o alto porcentaje de embarazos entre adolescentes- que permite ajustar acciones o determinar prioridades. En otros casos, permite observar un fenómeno asociado a un factor que requiere ser atendido -por ejemplo en el caso de Educación frente a la situación de abandono escolar que llevo a revisar a la tasa de embarazo adolescente como una causal que requirió definir estrategias.

Las áreas de Salud y Educación producen estadísticas y mediciones periódicas que les permite tomar decisiones y ajustar sus iniciativas. Otras áreas también producen estadísticas propias o información aun cuando esos datos no tengan la misma periodicidad y consistencia. Por ejemplo, algunos testimonios refieren a los indicadores obtenidos por una encuesta o por el procesamiento de las prestaciones que se realizan -análisis de las asistencias prestadas en la oficina de adicciones que daba cuenta que cerca del 25% de adolescentes con consumo problemático había abandonado la escuela o que cerca del 54% de las personas con consumo problemático se encontraba entre los 14 y 24 años de edad- que si bien no constituyen un sistema de información pero que sirvieron para orientar las iniciativas de prevención.

En otro caso, se elaboró un mapa de actores de los distintos organismos públicos que trabajan en adolescencia para elaborar una estrategia de trabajo común, como es el caso de la iniciativa llevada a cabo por la Supervisión en Salud Adolescente. Las ONG´s y la asociación civil entrevistadas también hacen uso de las estadísticas tanto para ajustar sus proyectos o propuestas como también para demandar al estado la implementación efectiva de medidas. Esto último es el caso manifestado por una entrevista, que a partir de los datos obtenidos en un foro demandó la implementación de la Educación Sexual Integral en la provincia de Salta.

Las demandas también ajustan los objetivos de gestión de algunos organismos. Esas demandas pueden provenir del mismo sector público como también de grupos de la sociedad civil. El área de promoción y formación de Derechos Humanos refiere a casos que por solicitud de municipios, asociaciones, comunidades o personas realizan capacitaciones específicas en temas específicos como el de violencia en el noviazgo. Similar es el caso de la demanda recibida en la Secretaría de Adicciones para llevar a cabo acciones de prevención solicitados por un grupo de madres.

Los pedidos también surgen a nivel interministerial, tal es el caso del Ministerio de Seguridad, que por el análisis de las denuncias recibida por el 911 en el norte de la provincia advierte que los problemas de violencia adquieren un patrón asociado al consumo excesivo entre jóvenes de bebidas alcohólicas y requiere la asistencia de las áreas respectivas. También los pedidos receptados en la Secretaria de Deporte para el desarrollo de actividades de contención para la juventud. El responsable de educación como también los de las asociaciones civiles refiere a la existencia de ámbitos de diálogos y de articulación de iniciativas. Los ejemplos mencionados fueron la constitución de una mesa de trabajo sobre el protocolo para el abordaje en el abuso problemático de sustancias, o la conformación de redes como la red zona norte o zona sudeste como modos existentes de instancias intersectoriales.

Otro aspecto recurrente es la identificación de las problemáticas que afectan a los adolescentes, aunque los entrevistados lo ubicaron en distinto orden de importancia y proponen diferentes conexiones de sentido o narrativas. El suicidio o intento de suicidio de adolescentes, el embarazo adolescente y las adicciones son identificados como los principales problemas. En general son presentados como fenómenos pre-existentes pero que han cobrado nuevas dimensiones, complejidades y alcances por su mayor recurrencia y su conexión con otros procesos. Los funcionarios que provienen del campo de la psicología se refieren a ellos como los síntomas de la época.

En lo que refiere al suicidio, muchos testimonios si bien remarcaron la necesidad de poder conocer más sobre las condiciones, factores y modalidades, señalaron su relación con modalidades de violencia física y simbólica, el aislamiento generacional, la desintegración del grupo de referencia -familia, amigos, grupos de proximidad- y su conexión con las adicciones problemáticas ya sea el alcohol como el de sustancia psicoactivas. Un análisis alternativo a éste, aduce que existen situaciones donde hay una historia previa que enmarca y predispone a los casos actuales de violencia. Situaciones de maltrato naturalizado por el enraizamiento de los vínculos patriarcales o la presencia de una historia de desplazamiento forzada por el desmonte, son algunos de estos ejemplos que se señalan.

Respecto al embarazo adolescente se lo vinculó con la falta de información y las dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos. Las situaciones de abuso o relaciones no consentidas fueron señaladas como una causal de embarazos, pero aclarando que no se tratan de casos generalizables.

Las adicciones fueron referidas como un fenómeno reciente que adquiere una complejidad propia por su generalización e impacto. Alcohol, paco y marihuana han sido las sustancias que fueron destacadas ya que supone una problemática asociada a otras cuestiones como la violencia en el seno del grupo familiar, la desintegración de las referencias identitarias, el modelo de consumo impuesto socialmente o la vulneración de derechos.

En los diferentes testimonios se hablan de estas problemáticas en términos generales pero también se precisaban su localización en barrios o zonas urbanas, localidades del interior de Salta o situaciones donde se intensificaban.

Otro aspecto que fue recurrente tanto en la identificación de problemática como en su abordaje es la cuestión de los pueblos indígenas. Salta es una provincia que cuenta con cerca de 9 (nueve) grupos étnicos identificados que representan alrededor del 7% de su población total. Los hogares de pueblos indígenas muestran indicadores que dan cuenta de una situación de vulnerabilidad respecto a la población en general. Por ejemplo, los porcentajes de hogares en situación de hacinamiento crítico, viviendas deficitarias, déficit de cobertura de agua y desagüe cloacales en combinación con mayores niveles de analfabetismo, no cobertura de obra social, prepaga o plan estatal de salud dan cuenta de una situación de exclusión relativa. En adición, si la cantidad de niños, niñas y adolescente de pueblos indígenas representa cerca el 2,9 del total, en la provincia de Salta este grupo representa cerca del 7,9 del total (Unicef, Niños y Niñas Adolescentes Indígenas).

Los pueblos que habitan la región del Chaco salteño -principalmente de la etnia wichi, toba y guaraní- se los identifica con las mayores postergaciones debido a su situación de aislamiento relativo, al avance de la frontera agrícola, los efectos de los desmontes y la ausencia de políticas públicas. En los hechos, los casos de muerte por desnutrición o los abusos sexuales perpetrados contra niñas pertenecen a grupos de pueblos localizados en la región norte. En estos pueblos, el problema de las adicciones y el embarazo adolescente asume modalidades propias de acuerdo a los testimonios. Respecto a las adicciones se destaca que la principal es el alcohol que se haya generalizado en las comunidades. El embarazo adolescente como los derechos a la salud sexual, de acuerdo a los testimonios, se encuentra enmarcado en la particularidad cultural que interviene en la regulación de las relaciones sexuales y el acceso a los métodos anticonceptivos. Así, por ejemplo, un testimonio manifestaba que luego de sortear todas las dificultades de comunicación y confianza, un grupo de adolescente logró acceder a un método de anticoncepción, pero éste no era el que ellas querían sino el que los adultos de la comunidad decidieron que era mejor para ellas. Las entrevistas de los miembros de ONG´s destacaron que el abordaje de los pueblos indígenas debe ser en un marco de respeto y de escucha activa. En todos los casos se marcó la necesidad de una mirada interdisciplinaria e intercultural.

Un aspecto compartido entre distintos testimonios del sector público es la necesidad de realizar acciones de prevención a través de las capacitaciones y sensibilizaciones destinadas a los adolescentes como a los miembros de los equipos de salud y otros efectores del sistema público. Aquellos que se llama prevención asumen distintas justificaciones y contenidos en las diferentes entrevistas. En el ámbito de salud, se destaca la necesidad de insistir en capacitaciones sobre el marco normativo en los miembros del equipo de salud en todos sus niveles como una estrategia para remover las barreras de acceso a la salud de los adolescentes. En el área de promoción de Derechos Humanos, hablan que la prevención surgió luego de advertir que las acciones o prestaciones de asistencia a los derechos que ya estaban vulnerados requerían que se diseñen modos para evitar que esto suceda. En este caso, se parte que los sujetos no están informados sobre los derechos y que su conocimiento garantiza su ejercicio.

En el ámbito de adicciones, se parte de una idea un tanto distinta. Se concibe que los problemas del consumo problemático refieren a cierto desmembramiento de las relaciones sociales y que por lo tanto se trata de reconstruir el tejido social. Por lo tanto, las acciones de capacitación deben incorporar esa dimensión comunitaria capaz de reconstruir, afianzar o potenciar los vínculos. En la entrevista del responsable de educación media, abogo por que las capacitaciones en educación sexual integral den cuenta de las configuraciones culturales locales, para ello citaba el ejemplo del tabú que implica hablar de sexualidad en una sociedad conservadora y religiosa como Salta o que la ausencia de los padres es un dato que configura las relaciones entre los géneros y que muchas veces los materiales de capacitación son muy genéricos o elaborados en otras realidades.

Un formato de prevención un tanto distinta lo ofrece la activista en derechos sexuales donde destaca la necesidad de la conversación como una modalidad de establecer intercambios

entre el conocimiento y necesidades de los sujetos que entablan una comunicación en búsqueda del ejercicio de los derechos sexuales. Esta última visión alerta sobre las condiciones que a veces los dispositivos estatales despliegan en las llamadas acciones de prevención y cuando éstas asumen el formato jerárquico y jerarquizante del curso o el taller donde el saber está depositado en uno de los polos y se asume que el otro, desprovisto de historia y experiencia, es el mero receptor de información.

Uno de los testimonios de las organizaciones sociales abordó una crítica sobre esa función capacitadora del Estado ya que por un lado esto difiere o posterga su función activa de intervención en las relaciones sociales, económicas o políticas -textualmente “el estado debe crear empleos”- y a su vez se visualiza que hay otros agentes no estatales con mayores capacidades de realizar capacitaciones por su conocimiento de la realidad. En otro sentido, un testimonio también observó que los dispositivos estatales no comprenden cabalmente las realidades locales con los cual los conocimientos o intervenciones que se realizan siempre resultan impuestas, extrañas y discordantes con las problemáticas que se abordan.

Otro elemento recurrente, a nivel de los organismos oficiales, es que la mayoría reconoce a la supervisión en salud adolescente y salud sexual y reproductiva como una referencia válida en esas temáticas. Este reconocimiento está referido a situaciones donde se compartieron espacios de diálogo, realizaron actividades conjuntas y se articularon acciones en ámbitos específicos. Acciones como la semana de salud adolescente, las reuniones periódicas de referentes, el apoyo a las consejerías integrales de salud adolescente, consultorios amigables o capacitaciones particulares fueron mencionadas repetidamente por distintos informantes.

Un aspecto común y valorado positivamente es la necesidad del abordaje interinstitucional e interdisciplinario en las cuestiones de salud adolescente. Este aspecto es subrayado como una necesidad -que en los hechos ha servido para la constitución de equipos de trabajo- debido a la complejidad y las diversas aristas que comprende la temática. Se aclara, en algunas entrevistas, que por interdisciplinario se entiende no sólo a distintas disciplinas o profesiones sino también a saberes y conocimientos que derivan de la experiencia de vida en contextos específicos. Un ejemplo que se cita es la incorporación de agentes sanitarios pertenecientes a los pueblos indígenas en los equipos de salud.

Un aspecto común entre los testimonios recogidos del área de Salud, es que se reconoce que el tema de la salud adolescente adquirió una visibilidad inédita desde la creación de la supervisión especializada. Esto es compartido parcialmente en los entrevistados de las diferentes áreas de gobierno, pues muchos han propiciado, participado o articulado diferentes actividades. La funcionaria del área penal juvenil, si bien daba cuenta de los problemas de salud que aqueja a la población con la que trabaja, reconocía que es un aspecto postergado o no atendido en su ámbito y que requería articular acciones con la supervisión de salud adolescente a la que no identificaba como área especializada.

Entre las entrevistas del área de Salud se señalan las carencias de recursos de todo tipo para atender la salud adolescente de manera sostenida. Las áreas bajo la órbita de la Dirección de Maternidad Infantil señalan los límites de personal, viáticos y equipamiento necesarios

para cubrir la provincia, si bien se transmitió la expectativa de que una nueva estructura ministerial permita jerarquizar el área mediante su conversión en Programa.

Sobre los inconvenientes presupuestarios se añade que los fondos que provienen de la cooperación internacional o de proyectos como los de Unicef resultan inaccesibles por la cantidad de barreras burocráticas. Las entrevistas de los funcionarios de salud manifiestan un alto compromiso con la temática y a su vez reflejan algunas diferencias que se pueden atribuir a los distintos perfiles profesionales. Así, por ejemplo, aquellos con formación en las disciplinas de las ciencias sociales incorporan consideraciones sobre el contexto, la autopercepción de los propios sujetos y la reflexividad en sus testimonios que permite ampliar los alcances de la atención de salud.

En otras áreas oficiales, distintas a las de salud, existe cierta idea compartida sobre las problemáticas que aquejan a los adolescentes, pero existen diferencias respecto al modo de su tratamiento o abordaje como grupo particular. Muchos de los entrevistados reconocen a la escuela y la educación como un factor relevante para el abordaje de la salud adolescente. Algunos resaltan su función de integración o contención frente a las problemáticas de adicciones, suicidios o violencia. El abandono del sistema escolar es asociado, en estas perspectivas, como una que predispone a una situación de riesgo de salud, social y existencial.

Otros testimonios, los que refieren al embarazo adolescente por si acaso, reconocen un déficit en la educación sexual tal como se aborda en el aula y proponen un enfoque que incorporen a los adolescentes en la producción de contenidos e información. Esta sugerencia, que los adolescentes sean incorporados activamente en la elaboración de iniciativas oficiales que los involucran, estuvo presente en el funcionario de educación y supone un desplazamiento en las visiones que se encuentra en la mayoría de los entrevistados que trabajan en el sector público. El funcionario de deporte, que destacaba a la función pedagógica del deporte como herramienta de contención, formación y hasta pacificación social, representa a esa visión que considera a los adolescentes como un consumidor pasivo de las iniciativas que se destinan a ellos.

Un aspecto que alcanzó distintas apreciaciones entre los diferentes testimonios de los funcionarios fue la consideración sobre la suficiencia de los recursos humanos y económicos con los que se cuenta para llevar a cabo sus actividades. Así, las entrevistas del área de adicciones, deportes y educación consideraron que sus recursos les resultaban suficientes y avizoraban un incremento presupuestario para el próximo ejercicio. Distinta fue la opinión del área social, de justicia penal y de derechos humanos donde puntualizaron la escasez de recursos en relación a la dimensión del trabajo que tiene cada uno. No obstante, existe una expectativa de mejora compartida pero también incierta ya que depende de factores ajenos.

Las diferentes perspectivas y miradas sobre los mismos temas

Las limitaciones presupuestarias y financieras fueron destacadas por muchas entrevistas del área gubernamental.

En el equipo de salud, la funcionaria con mayor responsabilidad es muy crítica sobre las limitaciones presupuestarias y de personal que afecta la labor de su área, a su vez refiere que ha dado a conocer de esta situación a sus superiores. Mientras que las personas con menor responsabilidad, observan críticamente estos aspectos y lo asumen como una gran limitación pero que puede superarse.

Las responsables del área de salud materno-infancia destacan que se tratan de cargos unipersonales lo que implica llevar a cabo tareas administrativas, acordar acciones, tomar decisiones, visitar los distintos equipos de salud y realizar intervenciones en terreno. En esa dirección, en sus testimonios abunda la descripción de casos específicos que derivan de su experiencia de trabajo territorial; distinto de otros funcionarios en otras áreas con igual responsabilidades que para graficar un caso debe recurrir a la ayuda del personal de apoyo. Muchas de esas experiencias en terreno les permiten alcanzar una dimensión de las problemáticas de la salud adolescente en diferentes realidades.

Las menciones sobre la diferencia y desafío para el trabajo con adolescentes que surgen ante los pueblos indígenas del norte -a su vez aclarando que no es así con los de tierras altas ya que estos son más dóciles- fueron destacadas por las funcionarias responsables del área Materno Infantil y de Salud Reproductiva. Esas menciones surgieron de su propio relato, aludiendo a anécdotas y experiencias vividas.

La noción de adolescencia está atravesada por distintas concepciones de clases, profesionales y de experiencias de vida. En principio las menciones se referían a los adolescentes como un grupo etario conformado por aquellos que se ubican en la franja de edad entre los 10 y 19 años. El modo de tratamiento y de referencia a ese grupo se distingue en muchos casos de manera clara y en otras de manera sutil. Entre los entrevistados del área de salud como de otras áreas, las diferencias en el tratamiento daban cuenta de distintas sensibilidades. Por un lado, existe una perspectiva más cercana a una concepción adulto-céntrica que tiende a considerarlo que las dificultades en el acceso a la salud se encuentran más del lado de su falta de información y conocimiento. En tales casos, se lo trata de un sujeto homogéneo e indiferenciado.

Desde otra perspectiva, hay una sensibilidad que da cuenta de su diferencia respecto al género -textualmente una entrevistada habla “de las y los adolescentes”- de su condición situada -en barrios, localidades, su adscripción étnica y su experiencia de vida. La territorialización de ciertos problemas que afectan a los adolescentes pueden interpretarse como marcadores de clases y culturales que permitan caracterizar algunas zonas como más problemáticas inclusive en la identificación en aquellas mismas cuestiones que los afectan (por ejemplo “la violencia de la zona norte y sudeste de la ciudad”, “la mayor cantidad de adolescentes embarazadas en la zona norte”, “la ola de suicidios en San Antonio de los Cobres”).

En otros testimonios, se habla desde la perspectiva de los derechos, pero en esos casos hay notorias diferencias entre quienes lo enuncian de un modo formal a los que logran formular de un modo operativo. Sin tratarse de visiones contradictorias sino complementarias, hay testimonios que aducen en la necesidad de incorporar el lenguaje de los derechos en cuestiones de salud como en otras que atañen a los adolescentes. En tal caso, también se anuncia a continuación en la necesidad de dar a conocer esos derechos tanto para aquellos que deben garantizarlos como aquellos que deben ejercerlo. Desde una perspectiva complementaria, se habla de la necesidad que los adolescentes formen parte activa de las medidas que directamente los afectan, incorporando su voz, parecer y perspectiva. Esta visión que aparece con claridad en las voces de las entrevistas no oficiales, también se reitera en los testimonios de algunos funcionarios con responsabilidades intermedias.

Otro elemento que ha surgido en los distintos testimonios es una percepción sobre las intervenciones clásicas en materia de salud y el modo en que la salud adolescente cuestiona o problematiza algunos de esos supuestos. Por concepción clásica referimos a lo que uno de los entrevistados señaló como la atención clínica que se realiza en un consultorio. El consultorio es un ámbito culturalmente producido donde la relación médica se intenta establecer aislándose de las condiciones y necesidades sociales como la historia misma de los sujetos que establecen ese vínculo.

La singularización de la salud en referencia a un grupo generacional con necesidades, particularidades, contextos, requerimientos y sentidos propios pone en cuestión ese aislamiento y permite que la atención en salud pueda incorporar otros contenidos. Así por ejemplo, las propuestas de atención integral, consejería en salud, consultorios amigables, redes de atención son esfuerzos que desplazan el significado clásico y posicionamiento habitual que se tiene de la atención en materia de salud.

Un aspecto que solo uno de los testimonios de los funcionarios mencionó, tal vez un elemento no visibilizado por su naturalización y su poder, es el peso de la ideología conservadora y católica en la provincia que constituye un serio obstáculo al acceso al derecho a la salud de los adolescentes. En cierto sentido, la visibilidad de la salud adolescente asociada con las problemáticas identificadas -suicidio, embarazo adolescente, adicciones- supone poner en cuestión algunos postulados de esa ideología.

En los hechos, la provincia había diferido su adhesión a la ley de salud sexual por lo menos seis años y si bien se observan diversos avances hacia una concepción laica de los sujetos, es un aspecto que debe ser considerado en aquellas cuestiones que han diferido en la aplicación plena del marco normativo. No es claro cuál es el peso específico de esa ideología en lo que muchos testimonios han remarcado que se trata de insistir, insistir e insistir cuando se refieren a una resistencia pasiva de los equipos de salud en introducir cambios en su modo de tratar a los adolescentes.

Desde otra perspectiva situada en el activismo por los derechos sexuales, se remarca que la implementación de la Educación Sexual Integral en la provincia debe considerarse como un logro del activismo por los derechos sexuales, el feminismo y la diversidad sexual. Al

respecto, un testimonio señala que fueron las movilizaciones, demandas y denuncias a la provincia realizadas por estos colectivos las que finalmente lograron la adhesión a la ley nacional mediante una normativa provincial del año 2012 terminando una dilación de cerca de seis años. En esta visión, los derechos son logros o reconocimientos que se arrancan al poder mediante un proceso de lucha.

En el tema de las adicciones han sido abordados de manera puntual por un funcionario del área y por un miembro de una ONGs. Desde la perspectiva oficial, se remarcó los avances que se han operado en el área destacando la creación de una red de dispositivos de tratamiento conformadas por instituciones públicas y privadas pero enmarcadas en los principios normativos establecidos por el estado.

A su vez, el mismo testimonio remarca la incorporación y desarrollo de una perspectiva de prevención basada en la reconstrucción de los lazos comunitarios para reducir el riesgo en el consumo. La perspectiva no oficial destaca los vaivenes en las políticas de adicciones al señalar que, desde un primer abordaje marcial se viró hacia una mirada más social pero en el cual el estado no ha logrado situarse al no contar con estrategias de acercamiento adecuadas a lo social.

El Estado, señala el entrevistado, se ha ubicado como rector sin comprender demasiado el marco social donde se sitúan sus intervenciones. Así por ejemplo, los denominados dispositivos proponen modalidades de institucionalización a sujetos cuya dificultad mayor - lo que muchas veces lo ha empujado a su situación de adicción problemática- ha sido justamente su relación con las instituciones. De ese modo, las intervenciones resultan descontextualizadas y, en algún punto, inconducentes.

Barreras detectadas

Distintos tipos de dificultades que constituyen barreras al acceso a la salud de los adolescentes han sido identificados.

Se detectaron problemas que hacen a los servicios de salud en todos sus niveles. Por ejemplo, cuando se habló del Centro de Salud -cuya cobertura territorial cubre gran parte de la provincia- se observaron dificultades referidas a los turnos ya sea porque los horarios no son los adecuados a los adolescentes, o porque todavía se requiere documentación o se les pide que sean acompañados por sus padres, tutor o mayor. También se aludió que persiste una cultura institucional paternalista y moral desde que todavía se considera que los adolescentes no son sujetos plenos pues requieren de una guía o tutela que obtura su condición de sujetos de derechos. También se señaló que los centros de este tipo no cuentan -salvos excepciones- con dispositivos de atención adecuados a las y los adolescentes.

Otro aspecto que se señaló que los centros de salud son selectivos y excluyentes ya que los sujetos considerados problemáticos y peligrosos no son atendidos. Esto fue particularmente señalado por la responsable de Justicia Penal Juvenil cuando resaltó que los jóvenes en

conflicto con la ley penal son comúnmente excluidos de los turnos y las posibilidades de acceder a tratamientos en el Centro de Salud.

Las barreras de los equipos de salud se relacionan con el escaso presupuesto y personal asignado que limita las acciones e iniciativas de servicios adecuados a los adolescentes. En este caso se grafica con los programas/supervisiones “unipersonales” con limitaciones de movilidad, problemas de viáticos, entre otros que conspiran con los alcances y cobertura de las iniciativas en materia de salud adolescente en una provincia extensa y con realidades variadas.

Otro obstáculo está referido a las modalidades organizativas del hospital. Así, el Hospital Materno Infantil invita a revisar el tratamiento del grupo de adolescente entre los 10 y 14 años, en particular los casos embarazo adolescente, debido a la organización institucional (divida en la atención pediátrica y atención de adultos) que pueden convertirse en una restricción institucional para el tratamiento de estos casos.

También se destaca que el enfoque prevalente en los equipos de salud sobre a lo que se considera la atención clásica, basada en la atención clínica como parámetro de atención en el centro de salud requiere ser revisada. Esto restringe e invisibiliza el trabajo territorial y localizado de los equipos que trabajan donde realizan sus actividades los adolescentes.

Así mismo, se observa un problema de enfoque en los equipos de salud respecto a la concepción del tratamiento de los problemas de salud, ya que se restringe muchas veces a la prestación inmediata sobre el síntoma, cuándo se requiere un tratamiento integral que dé cuenta, en lo posible, de la historia como en la posible recurrencia de la necesidad de salud.

Algunas propuestas superadoras como los llamados consultorios amigables también pueden considerarse una seria barrera ya que parten de una concepción errada sobre el servicio de salud que puede resultar inconveniente sobre la accesibilidad de los servicios de salud de los adolescentes. La entrevistada de la ONG´s resaltó que los adolescentes no requieren ser amigos del médico ni del equipo de salud pues no se trata de hacer amigos, sino acceder realmente a la información y los medios que garanticen la salud sexual de los adolescentes.

Al referirse a las adicciones, se identificó que una de las mayores dificultades es que los dispositivos no cuentan con turnos y lugares para la cantidad de demanda existente. A su vez, desde las ONG se destacó que los dispositivos están diseñados desde una visión socio-profesional que no incorporan la historia, las experiencias y los lazos comunitarios del sujeto asistido.

El testimonio de la responsable de Justicia Penal Juvenil dio cuenta de problemas de accesos concretos de esa población. Por ejemplo, se remarcó la poca interacción con las áreas de salud -todas- y dificultad de acceso al tratamiento tanto en el consumo problemático, como en el control médico de los embarazos adolescentes. También se habló del escaso abordaje integral en los casos de reinserción social una vez cumplido lo dispuesto por la autoridad judicial. Muchos casos, en particular las mujeres adolescentes, son penalizados cuando en realidad se trata de personas con dificultades en su salud mental.

La pertenencia étnica, en especial de los pueblos indígenas localizado en el norte provincial, parece constituirse en una barrera de acceso. El caso de la salud adolescente en contexto culturales de pueblos indígenas representa un desafío dado el desconocimiento de los efectos y las concepciones culturales propias sobre el proceso de salud-enfermedad, la sexualidad, las edades y la adolescencia tanto de los pueblos indígenas como la de los dispositivos de salud.

Dificultades de acceso

Existen distintas dificultades que obturan el acceso de los/as adolescentes a la salud a partir de las entrevistas realizadas.

Por un lado, es frecuente que se indique que la falta o escasa información entre los adolescentes impide el ejercicio sobre su derecho a la salud como de otros aspectos de acceso a los servicios de salud. Respecto a este punto, hay tres visiones diferentes sobre cómo encarar este problema. Por un lado, existe una visión que apela que es una cuestión de brindar mayor información y capacitación. Segundo, hay quienes sostienen que la modalidad de la conversación o intercambio de información permite salvar las distancias y establecer confianza entre los agentes del estado y los adolescentes para interactuar en un diálogo entre necesidades de información sobre salud y medios, consejos u orientaciones. Una tercera visión, sostiene que es mediante la exigibilidad de los derechos el modo de acceder a esa información y conocimiento sobre salud.

Una dificultad, asociada a lo que dijimos más arriba, es la escasa confianza que los adolescentes tienen respecto al servicio de salud y sus operadores. Existe, entre uno y otro, sonoras distancias culturales y generacionales que nadie se encarga de aminorar. Así mismo, los adolescentes no perciben a las instituciones de salud como espacios propios, de contención y protección de sus vidas.

Los servicios de salud, se dice, se encuentran en espacios lejanos a la vida cotidiana de los adolescentes y los esfuerzos por trascender ese espacio -mediante talleres, consejerías, etc. que se trasladan a la escuela o donde “los adolescentes están”- muchas veces chocan con el desinterés y la apatía de los propios adolescentes.

La desconfianza de las iniciativas que están destinadas a ellos, junto al desinterés y la apatía, son rasgos de una especie aislamiento generacional de los adolescentes, que se consolida por la escasa referencias y orientaciones que brindan las generaciones adultas tanto en la familia, en estado de crisis, como el grupo próximo y los efectores que trabajan con ellos.

La violencia social que los afecta constituye en un problema serio que adquiere distintas dimensiones. En algunos barrios, se señala que el enfrentamiento territorializado entre distintos grupos genera barreras de acceso físico al servicio de salud. En este caso, se subraya que los chicos del fondo del barrio no pueden acceder a los consultorios pues eso implicaría traspasar fronteras establecidas por los grupos rivales.

Los contextos de violencia influyen negativamente sobre las condiciones de vida y de salud de los adolescentes, en particular las adolescentes. En este caso, se señala que los embarazos adolescentes son muchas veces el producto de relaciones no consentidas como una modalidad de abuso que se encuentra naturalizada. Otras situaciones, en un marco de violencia moral donde las adolescentes no son reconocidos como sujetos plenos en el seno del hogar, el embarazo aparece como una modalidad de auto-afirmación, de poder insinuar un proyecto personal sobre el cual luego se advertirá que condicionará la vida propia y la del futuro niño de un modo determinante.

Capacidades e intenciones de intervención e incidencia

La supervisión en salud adolescente y la supervisión en salud sexual reproductiva se han constituido en una referencia para el trabajo en salud adolescente. Eventos como la semana de la salud adolescente, acciones de articulación a nivel central y operativo, el relevamiento y presentación de información sobre la problemática, ejecución de proyectos de mejoras y de investigación han sido importantes para ello. No obstante, se reconoce que se trata de una plataforma inicial a partir del cual se espera la implementación de medidas que logren transformar el servicio de salud y remover las barreras que impiden el acceso a la salud de los adolescentes.

Desde el programa sumar se ha insistido en el registro de las prestaciones adolescentes en los centros de salud como un modo de contribuir a la visibilización de la salud adolescente.

Las acciones de constituir servicios de salud amigables y dispositivos especializados encontraron algunas experiencias concretas, sobre todo en Salta Capital. En la zona norte se ha logrado consolidar un grupo de distintas profesiones que brindan servicios especializados a los adolescentes de la zona a través de una consejería integral de salud integral sexual y reproductiva. A su vez, se ha creado un Asesoría Escolar que semanalmente funciona en una escuela de la zona. Similares iniciativas se han generado en la zona oeste y sudeste de la ciudad.

La Educación Sexual Integral es reconocida como un avance, aun cuando hayan existidos algunos puntos de observación crítica tales como la postergación en su implementación y existan críticas por la necesidad de adecuar sus contenidos a la realidad social, cultural y generacional.

La existencia de distintas experiencias de articulación interinstitucional que involucra diferentes áreas en el seno del gobierno, con los gobiernos locales, con organizaciones de la sociedad civil o grupos informales ha sido mencionada en muchos testimonios. Mesas de diálogos, reunión de referentes, redes temáticas, redes zonales, pedido de colaboración informales entre distintos actores son muestra de los que mencionamos.

En el área de educación se mencionó que se sigue con atención el comportamiento de algunos indicadores que se relacionan con el abandono escolar de la población que concurre a los establecimientos medios, tales como el embarazo adolescente y las adicciones, pues

constituye una medida sobre las iniciativas tomadas en conjunto con el sector de salud. Una evaluación de lo realizado, de acuerdo al testimonio registrado, alude a que los indicadores no se han modificado opinando que si bien no es alentador que se hayan reducido, de manera concomitante, se valora que no hayan crecido.

5- Análisis Comparado

A partir de la presentación del caso nacional y los casos provinciales, en esta sección nos centraremos en el análisis comparativo de las entrevistas realizadas, a través del agrupamiento de los/as distintos actores participantes. A fin de organizar de modo claro y preciso nuestro análisis, establecemos 4 grupos diferentes de acuerdo a su responsabilidad (directa o indirecta) en la incidencia de políticas sanitarias para esta población específica:

- 1) Funcionarios/as y Programas responsables directos de la salud de la población adolescente (Ministro de Salud, Programa de Salud Integral de Adolescencia, Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia)
- 2) Funcionarios/as y Programas responsables de acuerdo a la temática abordada (Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Salud Mental y Adicciones, Programa Sumar Área Adolescencia)
- 3) Efectores de Salud (Servicios de Salud de 1° y 2° Nivel de Atención Provinciales)
- 4) Otros funcionarios/as y Ministerios involucrados indirectamente a la salud adolescente (Director/a de Educación Secundaria, Secretario/a de Derechos Humanos, SENAF).

5.1- Funcionarios/as y Programas responsables directos de la salud de la población adolescente

Se establece cierto consenso entre los actores al indicar que existen diversos tipos de barreras que impiden al/a adolescente ejercer sus derechos de manera efectiva en los servicios de salud. Teniendo en cuenta siempre la variabilidad de los territorios, es decir, la importancia relativa que adquieren las problemáticas de acuerdo a la provincia y el departamento que se tome, encontramos que en todos los casos de este grupo se señalan dificultades con el sistema de salud: profesionales “poco sensibles” (prejuicios o malos tratos), falta de turnos en los centros de salud, lugares poco apropiados o no exclusivos para la atención de adolescentes, falta de recursos materiales para transportarse por parte de la población adolescente, etc.

Por otro lado, gran parte de los entrevistados destaca que las principales problemáticas que afectan a esta población son las adicciones (entendidas como el consumo excesivo de

alcohol, en primer lugar, seguida por el consumo de sustancias), las muertes por causas externas (violencia, accidentes, suicidio y homicidio), el embarazo adolescente (en el caso de la provincia de Chaco, la repetición ó el segundo embarazo en la adolescencia), y la deserción escolar y bullying.

Las explicaciones que aducen los actores entrevistados también son compartidas, en tanto que entienden que estas problemáticas responden a causas sociales más profundas y complejas, en las que se enlazan diversos factores, entre ellos familiares, económicos e incluso, políticos. Se sostiene que esta población es generalmente sana, por lo que los raíces de estos problemas se pueden asociar en gran parte al plano vincular y familiar. En este último punto, también es compartida la idea que los/as adolescentes no son lo suficientemente acompañados, escuchados y orientados por los adultos (o no saben cómo hacerlo) especialmente por las familias, pero sin excluir a los efectores sanitarios.

No obstante, existen diferencias en cuanto a las concepciones o creencias asociadas a la adolescencia. Por un lado, hallamos posiciones más cercanas a considerar a la población como sujetos de derecho (al menos, en el plano discursivo) y posiciones que insisten en comprender que los/as adolescentes son sujetos que atraviesan una etapa de transición, dejando entrever que su inmadurez, su “irresponsabilidad” frente a determinadas situaciones o conductas requieren tutela y “*adiestramiento*” (en palabras de un entrevistado) de parte de los adultos.

Con esto no queremos decir que los/as adultos no deban acompañar a los/as adolescentes, específicamente, en materia de salud y ejercicio de derechos; pero sí identificamos posturas “tuteladas” que obturan la consolidación del paradigma de derechos que se sostiene, al conceptualizar a los adolescentes como sujetos incompletos, que no son niños ni adultos. Difícilmente se pueda avanzar e incidir sobre políticas sanitarias más inclusivas de la población adolescente si los/as propios funcionarios/as o efectores encargados de diseñar o implementar las políticas, continúan enfatizando que los problemas detectados se desencadenan por características intrínsecas a este rango etario.

En relación a los modos de abordaje de las problemáticas de esta población, se entiende que debe ser integral y debe abarcar un conjunto de actores diversos (interdisciplinario) coordinados entre sí. Asimismo, la perspectiva de derechos y de género es mencionada como punto de partida de todas las intervenciones propuestas.

Estas intervenciones se direccionan en dos sentidos: hacia adentro (para los/as profesionales) y hacia afuera (para los/as adolescentes). En el primer caso, las capacitaciones de los equipos de salud fueron señaladas en todas las provincias, principalmente en sensibilización y formación/actualización sobre marco normativo vigente. Estas instancias están pensadas para brindar herramientas teóricas pero también operativas, que incentiven y promuevan la búsqueda activa de los/as adolescentes a los centros de salud en espacios que regularmente transitan (como la escuela, clubes deportivos, espacios recreativos).

En relación a los adolescentes, se enumeran un abanico de las acciones que incluyen en primer lugar, las asesorías de salud en las escuelas. Capitalizando el espacio escolar, se

introduce la articulación Salud-Educación que consiste en que profesionales de los centros sanitarios estén presentes en las escuelas como un lugar de escucha o consulta, pero no como un consultorio médico. A través del mismo, se conecta y deriva la consulta con el centro de salud. Esta iniciativa es relativamente nueva, por lo que no se dispone de resultados aún.

Otra de las intervenciones mencionadas, refieren a capacitaciones, talleres (especialmente sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y adicciones) y foros en los que se invita a los/as adolescentes a participar y ser escuchados. De esta manera, se garantiza una premisa señalada por varios entrevistados, que consiste en comenzar a incluir las opiniones y voces de los adolescentes en el diseño de las políticas sanitarias que los tienen como destinatarios.

Además, desde el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescencia, se ha comenzado a trabajar en el área de diversidad sexual y trans, sobre los cuales no se disponen datos actualmente. Consecuentemente, el trabajo con población adolescente gay o trans no fue mencionada por ningún actor de este grupo.

Sin embargo, es a la hora de instrumentar estas acciones donde encontramos las mayores dificultades, centralmente económicas, falta de presupuesto y de recursos humanos, y escasa articulación con otros actores y dependencias. Se observa que si bien el abordaje intersectorial es destacado como la forma más efectiva de trabajo, son muy pocos los espacios formales, como mesas interministeriales u otros, de articulación de los diferentes actores. En contadas ocasiones hay espacios formales y asiduos de intercambio entre diferentes actores; en general se producen en el plano informal, y de manera puntual. Los actores encuentran una sumatoria de esfuerzos desperdigados en relación a las acciones diseñadas para esta población. Las articulaciones más mencionadas son con el Ministerio de Educación, Desarrollo Social, Deportes, Dirección de Prevención de Adicciones y Dirección de Salud Mental, Senaf y los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, ESI y ciertos organismos internacionales, como UNICEF.

Un dato no menor es que en general no encontramos evaluaciones o mediciones propias y concretas sobre los resultados de sus acciones, excluyendo el Programa Sumar, que por su naturaleza posee una impronta evaluativa de metas. Como se puede observar en los cuadros siguientes, la evaluación de estos resultados responde al logro de la sanción de una ley o conformación de equipos de trabajo (en el caso de las provincias). En general, los programas aquí citados se nutren de estadísticas secundarias o indirectas (de otros organismos o áreas), no propias.

CUADRO 4.2 RESPONSABLES DIRECTOS

Actor	Objetivos	Problemáticas	Valores/Concepciones
Subsecretaría de Atención Primaria de Salud (en reemplazo de DINAMI)	Atención primaria de salud, primer nivel de atención a la comunidad. Son el primer contacto con la población, tiene 4 direcciones: Dirección de atención comunitaria, adolescencia; equipos comunitarios para trabajar en terreno	Abuso de alcohol, drogas, suicidio, accidentes, homicidio vinculados al psicosocial. El adolescente no accede al sistema porque no sabe dónde recurrir, cómo pedir un turno, están desorientados.	Adolescencia como invento cultural, hacer aprendizajes acelerados en poco tiempo; el adolescente es una persona sana que necesita hablar con alguien, por eso la necesidad de efectores amigables.
Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia	Favorecer el acceso del adolescente al sistema de salud, garantizar acceso de calidad y cobertura para los chicos al sistema de salud. Objetivos específicos: disminución del embarazo adolescente no planificado; disminución de la mortalidad, disminución de la mortalidad por causas externas (60% de los chicos fallecen por suicidio, accidentes).	Existen muchas barreras que dificultan la llegada efectiva de los adolescentes al sistema: mortalidad y violencia, suicidio y homicidio, no acceso a métodos anticonceptivos, consumo de sustancias. Los adultos no acompañan lo suficiente/Juvenilización del mundo adulto, los adolescentes no tienen una contraparte a quién recurrir.	Adolescentes como sujetos de derechos, necesidad de conectarlos con el sistema de salud. Enfoque de derechos y de género, enfoque integral de la salud
CHACO Director de Maternidad e Infancia	Generar políticas estratégicas de abordaje e intervención sobre procesos de salud, que conlleven a disminuir la mortalidad materno-infantil y al mismo tiempo disminuir la morbilidad materno-infantil	Embarazo adolescente (el índice provincial supera cuatro veces la media nacional). Repetición del embarazo adolescente. Suicidio. Baja cantidad de consultas en el sistema de salud por parte de la población adolescente. Consumo de alcohol y sustancias. Deserción escolar. Invisibilización de la problemática adolescente como sujeto de derechos y definición del rango etario que los comprende).	A los adolescentes les cuesta hacerse cargo de métodos preventivos que requieran una acción de control constante. El suicidio adolescente está ligado a la violencia y problemática de género. Hay una relación entre deserción escolar y el embarazo adolescente.
CHACO Programa de Salud Integral en la Adolescencia	Atender y facilitar los mecanismos de accesos a la salud de los adolescentes	Adolescentes: Consumo de alcohol, consumo episódico, accidentes de tránsito y suicidio. Sistema de salud: Los adolescentes no son considerados sujetos específicos con derechos. Embarazo adolescente, principalmente el segundo embarazo.	El adolescente no concurre a la atención de salud excepto en casos de enfermedad o por requerimiento escolar. No hay una diagramación de la salud, los responsables del sistema se ocupan de "apagar incendios políticos" (sic)
JUJUY Programa de Salud Integral en la Adolescencia	Acercar a los adolescentes al sistema de salud, lograr la accesibilidad en el marco de la ley	Suicidio y el embarazo en las adolescencias, consumo de Alcohol, Accidentes de tránsito, Consumo de sustancias tóxicas	Considera que el nuevo paradigma de la salud, que se basa más en la prevención que en la atención, es considerado como prioritario por muchos profesionales de la salud
LA RIOJA Dirección de maternidad e infancia y adolescencia.	Disminuir la morbi-mortalidad de los niños, madres y adolescentes. Captación temprana de la población lo más temprana posible	Embarazo adolescente (19% de los nacimientos son hijos de madres adolescentes), suicidio y adicciones	No se logra captar a la población, los efectores no están preparados
LA RIOJA Programa de Salud Integral en la Adolescencia	Reducir la mortalidad materna, disminuir el índice de embarazos adolescentes y facilitar el acceso a la salud de los adolescentes.	Embarazo adolescente, accesibilidad de los adolescentes al servicio de salud, consumo de sustancias; alto indicador de nacidos desnutridos, mortalidad infantil y mortalidad materna. Intentos de suicidio y suicidio	
MISIONES Ministro de Salud	Diseño, desarrollo e implementación de la política sanitaria de la provincia de Misiones	Embarazo adolescente, adicciones (tabaco, alcohol, psicotrópicos, drogas ilegales), terminalidad educativa	La problemática adolescente no es una problemática sanitaria en particular. El adolescente es un sujeto pasivo: "hay que educarlo, hay que adiestrarlo, hay que darle el anticonceptivo". Mirada puesta en lo que ellos tienen para decir.
MISIONES Coordinador de Programa de Maternidad e Infancia	Disminuir la mortalidad materno infantil de la provincia de Misiones	Falta de presencia de los padres. Reconoce que el embarazo adolescente, las adicciones, el alcoholismo y el suicidio son importantes, aunque señaló la falta de estadística. Con respecto al suicidio, indicó el subregistro que existe y que es	Los problemas de los adolescentes se encuentran en la falta de presencia de los padres, que no están disponibles cuando los adolescentes los necesitan

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

		trabajando para que en los hospitales se registre el ingreso por intento de suicidio para tener datos estadísticos	
Misiones Programa de Salud Integral en la Adolescencia	Generar servicios de atención para adolescentes, formar equipos técnicos, fomentar los derechos de los chicos y tratar de reducir brecha de acceso a la salud.	Embarazo adolescente. "externa", categoría en la que entran riñas/ violencia, accidentes, suicidios o intentos de suicidio. El alcoholismo es una problemática muy preocupante, se todo por lo naturalizado que está. Deserción escolar	Desarrollar equipos especiales para adolescentes. mejor estrategia de intervención. Los médicos y sistema en general no están acostumbrados a trabajar con el adolescente.
SALTA Directora Salud Materno Infantil	Reducir la mortalidad materno-infantil. Implementar las políticas la materia.	Intento de suicidio, embarazo en adolescentes, adicciones.	Sensibilizar a los efectores de salud. Introduce problemática de los pueblos indígenas
SALTA Coordinador de Salud Adolescente	Mejorar el acceso de los adolescentes al servicio de salud.	Intento de suicidio, embarazo adolescente, adicciones	Barreras que impiden la atención integral de los adolescentes. Promueve la articulación entre act instituciones

CUADRO 4.3 RESPONSABLES DIRECTOS

Actor	Modos de abordaje e intervenciones	Trabajo intersectorial	Resultados
Subsecretaría de Atención Primaria la Salud (en reemplazo de DINAMI)	Asesorías escolares: profesionales (psicólogos) presentes en escuelas evacúan consultorios o derivan a centros de salud.	Intersectorialidad en el trabajo de la adolescencia. Aunar el trabajo de salud y educación	No evalúan
Programa Nacional de Salud Integral la Adolescencia:	Asesorías de Salud en las Escuelas. Producción de materiales para los equipos de salud. Capacitaciones a equipos de profesionales. Comenzaron a trabajar el área de diversidad sexual y trans. App: busca acercar a los chicos al sistema de salud, dónde ir, está georeferenciado (esperando aprobación)	Trabajan con Salud Sexual, Médicos Comunitarios, Dirección de Salud Sida, quieren instalar testeo de HIV sífilis en los centros de salud amigables. Trabajan con ESI, Sedronar, con la Senaf en ocasión de eventos. “En la práctica es muy difícil el trabajo conjunto, hay esfuerzo desperdigados”	Difícil evaluar resultados, se nutren de estadísticas de otros organismos o áreas. El registro mejoró por el Programa SUMAR.
CHACO Director de Maternidad e Infancia	Asistencia multi-disciplinarias, planes de seguimiento y asistencia en el puerperio. Creación y sostenimiento de espacios de Preparación Integral de la Maternidad, que funcionan en los hospitales (consejerías, ejercicios gimnásticos). Capacitación a los efectores de salud. Asistencia interdisciplinaria a víctimas de agresión sexual. Operación de salud en el interior de la provincia.		
CHACO Programa de Salud Integral Adolescencia	Proyecto de Consejerías de salud en escuelas secundarias. Creación de espacios de atención “amigables” de salud, dirigidos específicamente a adolescentes. Capacitación de los efectores de salud. Provisión de información y MAC, haciendo hincapié en los días de duración. Consejería en el posparto a las madres adolescentes sobre cómo prevenir nuevo embarazo y provisión de MAC. Encuentros masivos con adolescentes para la promoción de los espacios de atención de salud.	Abordaje integral de la problemática de salud adolescente: trabajo conjunto con grupos interdisciplinarios.	
JUJUY Programa de Salud Integral Adolescencia	Foros con adolescentes Realizan capacitaciones.	Conforman equipos interdisciplinarios en los hospitales. Trabajo conjunto con la Secretaría de Deporte, Municipalidades, Organizaciones juveniles, escuelas o colegios, con la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia en Desarrollo Humano y con el Ministerio de Educación.	Formar equipos de trabajo específicos de adolescentes en los hospitales. Lograr empoderamiento a los adolescentes, que sean ellos los que no aporten sus perspectivas
LA RIOJA Dirección de Materno-Infancia y Adolescencia.	Transformaron los efectores de salud en espacios amigables. Realizan talleres, capacitaciones de parte de la Nación en temas de anticoncepción destinada a los pediatras para trabajar con adolescentes, y las madres de niños adolescentes.	Las áreas con que más trabajan son Educación y Desarrollo Social	Consideran que sus intervenciones son buenas que han avanzado en las problemáticas detectadas
LA RIOJA Programa de Salud Integral la Adolescencia	Formación de profesionales para lograr así la captación de las problemáticas. Los talleres se dictan en centros primarios de la capital para fortalecer la atención diferenciada a adolescentes.	Articulación con Secretaría de la Mujer, Subsecretaría de Desarrollo Humano y Familia, la Secretaría de Deportes, Dirección de Prevención de Adicciones y Dirección de Salud Mental. También articulan con otros programas del Ministerio de Salud.	La cobertura no es la adecuada, existe poca personal para realizar las actividades
Ministro de Salud MISIONES	Capacitaciones. Búsqueda activa del adolescente en las escuelas	Articula con Educación, Ministerio de Gobierno, Desarrollo Social y Deportes (nuevo Ministerio). Realizan articulaciones con el tercer sector en Posadas, Oberá y Eldorado.	Mirada positiva respecto de las intervenciones que se realizan, aunque sin mediciones precisas
MISIONES Coordinador de Programa Maternidad e Infancia	El equipo de Adolescencia está trabajando en coordinación con Educación en la capacitación y conocimiento de MAC en la población adolescente. Abordan diversas temáticas como el embarazo adolescente, métodos anticonceptivos, adicciones. Respecto del tema suicidio, trabajan sobre intoxicaciones y señales de alerta.	No realizan, más allá de la alianza que tienen con el Ministerio de Educación	Sostiene que el resultado observable es una disminución del embarazo adolescente con respecto al primer semestre del 2016. No hizo referencia a otra manera de evaluar a sus intervenciones

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

MISIONES Programa de Salud Integral en la Adolescencia	Abordaje desde perspectiva de derechos. Búsqueda de una mirada interdisciplinaria. Foco en el acceso a la información como vía de acercamiento al sistema. Capacitación de equipos de salud, asistencia técnica para armar servicios especiales o consultorios especiales. Talleres a docentes	Acompañamiento con el Programa Sumar. Considera que con "números" le ayudó a tomar otra dimensión de su rol.	Se advierte interés en algunos equipos en adaptar el centro de salud para los adolescentes. Más apertura en los CIC
SALTA Directora Salud Materno Infantil	Generar información, distribución de insumos, capacitación a los equipos de salud, articulación con otras áreas. Supervisión de Salud Sexual, Supervisión Salud Adolescente, Programa Materno y Programa de Educación Escolar	Elaboró un mapa de actores desde el cual se coordinan acciones de salud adolescente.	La problemática de la salud adolescente está instalada, aunque resta mucho por hacer.
SALTA Programa de Salud Integral Adolescencia	Capacitación de los equipos de salud. Encuentro con referentes de adolescente. Capacitación y sensibilización. Apoyo a dispositivos diferenciados para adolescentes, reuniones con referentes de equipos de salud	Escuelas, Ministerio de DDHH, Ministerio Público, asistencia a víctima, Ministerio de Pueblos Indígenas y otras áreas de salud. También Unicef y programas nacionales.	Un gran logro es haber instalado la salud adolescente a nivel de los actores e instituciones, como también para los propios adolescentes.

5.2- Funcionarios/as y Programas responsables de acuerdo a la temática abordada (Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Salud Mental y Adicciones, Programa Sumar Área Adolescencia)

Desde la Coordinación Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva se sostiene que las principales problemáticas de esta población en materia de salud se producen por las barreras de acceso al sistema sanitario. Una de ellas es el desconocimiento que poseen los profesionales en relación al marco normativo vigente, exigiendo que los/as adolescentes asistan a atenderse con un adulto. Además, agregan que no poseen un abordaje/perspectiva de derechos o género, dificultando la atención de esta población. Observan diferencias ideológicas o religiosas en los equipos técnicos provinciales que impiden garantizar el acceso y la calidad de atención de los adolescentes

Entienden, en este sentido que los centros de salud, en muchas ocasiones no son necesariamente *amigables* con los/as adolescentes. La accesibilidad geográfica en algunos territorios provinciales es mencionada como otra barrera presente.

A diferencia de los casos provinciales, desde la Coordinación Nacional se señala que los/as adolescentes tienen conocimiento de métodos anticonceptivos, aunque eso no significa que los usen. Destaca que existe más información al respecto, circulando por las redes sociales (a pesar que en ocasiones puede ser errónea), pero los adolescentes no “se animan” a buscar MACs en los centros de salud.

Entre las intervenciones realizadas, se destacan las capacitaciones y pasantías con profesionales, la línea de consulta telefónica 0800 y el abastecimiento de métodos anticonceptivos a las provincias. El trabajo intersectorial se produce con un número importante de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, con los programas de Adolescencia, ESI y SENAF. Incluso de menciona un consejo asesor, conformado por diferentes organizaciones con las que se encuentran en intercambio permanente. No obstante este contacto es informal.

Desde el Programa de la Provincia de Chaco, se enfatiza en las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo adolescente como dos problemáticas importantes. Por parte de los efectores de salud, desde el programa de esta provincia se observa la falta de datos sobre las atenciones de salud de los/as adolescentes, visualizando la necesidad de crear una base de datos informáticos (existe falta de nominalización de esta población en un registro). En cuanto a las intervenciones, realizan talleres específicos en las escuelas, centros de salud o lugares a los que sean convocados: talleres sobre ETS que derivan en otros temas que se consideran importante (p. ej. Salud reproductiva, métodos de anticoncepción, mitos acerca de la sexualidad, etc.). Además capacitan a los efectores de salud.

En el caso de la provincia de Jujuy, los problemas señalados se relacionan con situaciones de abusos y violaciones en adolescentes y la judicialización de los casos considerados ILE (interrupción legal del embarazo). Se señala que los/as profesionales médicos en muchas ocasiones se niegan a esta práctica, amparados en la “objeción de conciencia”. La cobertura en esta temática en la provincia no sería suficiente, no alcanza para toda la población

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

afectada. Jujuy es la única provincia en este grupo que refiere a este tipo de problemáticas, al menos de manera explícita. Las intervenciones se realizan por medio de Consejerías de Salud con las que se trabaja en red en toda la provincia. Desde estos lugares se brinda asesoramiento y acompañamiento.

Por su parte, en la provincia de Misiones se sostiene que existe una agenda político- sanitario y otra agenda de los propios adolescentes. Para la referente el embarazo adolescente es un problema para los adultos o el sistema sanitario, pero esta población no lo identifica como un problema. En cambio, los propios adolescentes observan como una problemática la falta de espacios propios: espacios recreativos, lúdicos, que se les de voz, que tengan poder de decisión. El gran problema es lograr que las instituciones vean a los adolescentes como sujetos de derecho y les den herramientas/ espacios para participar, para crecer, para tener una idea de futuro. Desde esta provincia se interviene desde un equipo de profesionales interdisciplinario y articula con diferentes ONGs presentes en el territorio.

Por último, en la provincia de Salta encontramos que las problemáticas identificadas se relacionan con el embarazo adolescente, las adicciones y el desconocimiento del marco normativo y derechos, tanto de los/as adolescentes como de los profesionales. Entre las acciones mencionadas, se indica las capacitaciones y talleres en los equipos de salud de los distintos niveles de salud, tendientes a revertir la situación. Se realizan intervenciones conjuntas con Ministerio de Educación para, Justicia, Derechos Humanos y Seguridad, el Ministerio de Pueblos Indígenas, ONGs y grupos de la comunidad.

En suma, observamos que los problemas vinculados con la estructura sanitaria para adolescentes se hacen especialmente visibles en este grupo de funcionarios (falta de lugares exclusivos de atención, falta de formación en género, desconocimiento del marco normativo incluida la ILE, dificultades económicas, falta información y datos sistemáticos, etc.).

En sintonía con estas afirmaciones, encontramos que desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se sostiene que el Estado no dispone actualmente capacidad instalada para abordar la salud mental en sentido amplio (afrontamiento y relacional), son las ONGs las que trabajan con personas con adicciones.

La Coordinación Nacional entiende que en Argentina, la salud mental se circunscribió a la atención de los cuadros psicopatológicos (enfermedades mentales como esquizofrenia), no a otras áreas de la salud mental en un sentido amplio, incluyendo lo vincular. De este modo, los servicios de salud están diseñados para atender enfermedades mentales con estas características, no de otros tipos. Esta mirada unidimensional de la salud mental, hizo que los servicios hospitalarios creyeran que estos pacientes (personas que padecen adicciones) no eran de su incumbencia: *“su tarea era desintoxicarlos y luego volvían al hogar.”* No se tomaba esto como un problema, hasta que la situación social comenzó a visibilizarlo. Las ONGs empiezan a dar respuesta frente a un Estado que no lo daba.

Una de las principales dificultades que desde aquí se observa en relación a los adolescentes, la atención no es considerada como un proceso. La consulta está fragmentada, no hay un seguimiento de la atención. Se menciona el desconocimiento normativo de ciertos

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

profesionales que no atienden a los/as adolescentes sin que sea acompañado por un adulto y la falta de hebiatras en nuestro país.

Se señala que las problemáticas de los/as adolescentes “están muy expuestas” (principalmente adicciones y violencia). Entienden que el suicidio no constituye una problemática en sí, sino que es un emergente, el final de un proceso, y que se debe trabajar sobre el fenómeno que lo impulsa (puede ser el alcohol, situaciones de marginalidad, o violencia). Es un problema a atender, pero consideran que por la franja etaria tiene un alto impacto mediático. Esto no significa que haya crecido o no la tasa de suicidios. En este sentido, se encuentran trabajando en tres objetivos: desarrollar capacidad instalada en las jurisdicciones/provincias, crear un área de violencia dentro de la Dirección para trabajar el bullying en las escuelas y por último, trabajar el consumo excesivo de alcohol con salud escolar.

Adhiriendo a este cuadro de situación, desde la Dirección de Salud Mental de la provincia de Chaco se sostiene que las adicciones y las prácticas autodestructivas son un grave problema en su provincia y que existe poca contención por parte del sistema de salud hacia los adolescentes, como también falta de capacitación de los profesionales acerca de estas temáticas. Desde este lugar, se realizan capacitaciones a centros de referencias, que funcionan las 24 hs. en zonas problemáticas para contener las consultas de los adolescentes. Además se crearon algunos *dispositivos*: Hospitales de Día, Casas de Convivencias (pacientes sin familiares que se hagan cargo), espacios de internación voluntaria. También realizan talleres para adolescentes escolarizados.

En los casos de Jujuy y La Rioja, también se advierten las mismas problemáticas. En la primera provincia, se realizan capacitaciones a efectores a través del Grupo Operativo de Alcoholismo (GOA) del Hospital “San Roque”. Ambas organizan actividades con Fundaciones en los barrios.

No obstante, en Misiones no se actúa en forma directa sobre esta problemática. En esta provincia hay una Dirección de Salud Mental, y por otro lado, la Subsecretaría de Prevención de Adicciones y Control de Drogas. Existe un proyecto para intervención socio-comunitaria en barrios, pero está paralizada. Se están realizando intervenciones en los CIC (Centro integrador Comunitario) capacitando a personal no sólo de salud sino de otros ámbitos. Por otro lado, se menciona la intervención en el Centro Manantial (recuperación adicciones) con capacitación a equipos sobre cómo actuar en emergencias psiquiátricas. De las intervenciones realizadas, las más satisfactorias son las que se han realizado fuera de la red asistencial: en los CIC, en los barrios, clubes.

Desde la Subsecretaría de Prevención de Adicciones y Control de Drogas, se brinda asesoramiento y capacitaciones a actores clave (fuerzas de seguridad, educación/docentes, dirigentes barriales, salud, iglesia, sindicatos, otros Ministerios públicos, ONGS, SEDRONAR), y también se trabaja en prevención con adolescentes y sus padres. Aquí las problemáticas señaladas están relacionadas con el alcoholismo, su naturalización y la falta de percepción de riesgo. Las situaciones de violencia, embarazo y suicidio generalmente como

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

consecuencias del alcoholismo o poli consumo, alcohol asociado a otras sustancias. Realizan capacitaciones y brindan asistencia técnica a equipos de salud y a otros actores (docentes, fuerzas de seguridad), centros especializados (Manantial). Llevan adelante talleres "vivenciales", actividades lúdicas y recreativas para promocionar la prevención.

Por último, desde la Dirección de Salud Mental y Adicciones de la provincia de Salta, se trabaja sobre la prevención, asistencia o sistema terapéutico para las personas que presentan consumo problemático. Entre las intervenciones concretas en esta provincia, se mencionan diferentes dispositivos (red de instituciones públicas y no oficiales), aunque se visualiza la necesidad de establecer una red de tratamiento de adicciones.

En suma, para el caso de la salud mental y adicciones de los/as adolescentes, se evidencia cierto vacío institucional desde la coordinación nacional en el tratamiento de estas problemáticas, traduciéndose en las provincias. Se observan importantes acciones (talleres de sensibilización, contención) de las ONGs o grupos comunitarios de los distintos territorios en los cuales su rol es fundamental y algunas experiencias concretas en los centros de salud.

El último Programa que constituye este grupo de funcionarios/as, es el Programa Sumar. Este programa brinda cobertura a la población materno-infantil, niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres y hombres hasta los 64 años, como ampliación del Plan Nacer. Su objetivo es generar conciencia en la población acerca de la importancia del cuidado de la salud, empoderarla para el ejercicio efectivo de sus derechos y potenciar su vínculo con el sistema de salud. Pretende sinergia con las políticas de salud existentes. No tiene una estrategia propia de salud, sino que apoya y acompaña las políticas sanitarias que el Ministerio de Salud establece. Actualmente son 3.100.000 los adolescentes cubiertos en todo el país, inscriptos 3.080.000. 33% cobertura efectiva básica (al menos un contacto con el servicio de salud).

Desde la Coordinación Nacional, consideran que se requirió muchos recursos (económicos, formativos, humanos) para comenzar a desmontar ciertos prejuicios e ideas en relación a los adolescentes en los equipos de atención. También evidenciaron desconocimiento del marco normativo.

En cuanto a problemáticas de los adolescentes, se detecta el aumento en las tasas de abuso de sustancias y suicidios. Por su parte, el embarazo adolescente representa el 20% de la población nominalizada, mientras que el 1% de ese número representan embarazos en adolescentes menores de 15 años. De manera contradictoria, desde el programa no se está trabajando actualmente con ILE.

Además, se destacan los problemas de acceso de los/as adolescentes al sistema de salud, como anteriormente mencionaban otros funcionarios (principalmente, la falta de centros de salud amigables, la captación activa de adolescentes, la flexibilidad de centro de salud, los horarios, la sensibilidad, a quiénes tenés alrededor, confidencialidad, que los adolescentes tienen que concurrir con un adulto, etc.).

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

Para fortalecer las estrategias de intervención, desde la Coordinación se eligieron los efectores que, por sus características, sean claves en implementación del programa. Se focalizaron en los siguientes objetivos: control de salud en el adolescente (trazadora 10) como puerta de entrada al sistema, talleres de salud sexual y reproductiva (trazadora 11), la promoción de la vacuna VPH. Otras líneas de cuidado que se incorporaron recientemente son intento de suicidio y consumo episódico de sustancias, pero consideran que no se están trabajando como deberían.

Además, se trabaja en la capacitación a las guardias, porque son lugares difíciles para la atención y el registro y que se facture la prestación con el nombre correcto. Consideran que hubo que trabajar mucho en protocolos de intento de suicidio, pero son estructuras difíciles de conmovir. En relación a la captación de adolescentes, se acercaron a escuelas secundarias por medio de consultores (que actualmente no hay), haciendo charlas en la salita y eventualmente un control. También mencionan actividades comunitarias o en la calle, realizadas por estos mismos consultores.

Articulan con varios programas, entre ellos PNSIA, PSSYR, Instituto Nacional del Cáncer, Dirección de Salud Mental y Adicciones. Trabajan netamente a través de programas, no articulan con ONGs. Entienden que existe una multiplicación de esfuerzos en las políticas pensadas para adolescentes, y que sería necesario unificar y articular más entre ministerios.

Desde la Provincia de Chaco, se sostienen dos tipos de problemáticas: con los adolescentes y con el Programa. De los problemas que atraviesan los adolescentes, se mencionan las adicciones, que conllevan a situaciones de violencias, la maternidad adolescente (segundo embarazo adolescente). En relación al sistema de salud, se destaca la falta de uso del nomenclador que permita un conocimiento real acerca de la atención de la salud en adolescentes. Se sostienen que el PS no fomenta un control sano de la población adolescente y falta de coordinación entre áreas.

Opiniones similares encontramos en las provincias restantes en relación a las problemáticas señaladas de la población adolescente (adicciones, embarazo adolescente, suicidio). Entre las intervenciones realizadas, también existe un consenso, que pueden sintetizarse en las siguientes: control sanitario, acciones de capacitación, talleres de capacitación, vacunas HPV. Al tratarse de un programa de gestión, muchas de sus acciones se encuentran coordinadas por distintas instancias y Ministerios. Los resultados del PS en las provincias son buenos, en general.

CUADRO 4.4 RESPONSABLES TEMÁTICOS

Actor	Objetivos	Problemáticas	Valores/Concepciones
Programa Nacional Salud Sexual y Procreación Respon:	Contribuir a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, diferenciando derechos sexuales de reproductivos Información, consejería en anticoncepción Acceso a MAC para todos los grupos poblacionales	Los adolescentes tienen información de MACs, eso no significa que los usen. Hay más acceso de información con las redes sociales (pero a veces no es la correcta o no la usan). A veces no se animan a buscar los MACs. Barreras de acceso al sistema sanitario: profesionales que no conocen el marco normativo y exigen que los adolescentes vayan con un adulto. No tienen perspectiva de derechos de género. El centro de salud no es muy amigable con los adolescentes. El federalismo es un problema, a veces, cada provincia se maneja en relación a su normativa o no adhiere	Enfoque de derechos y de género. Adolescentes como sujetos de derechos. Observa diferencias ideológicas o religiosas en los equipos técnicos locales que impiden garantizar el acceso y la calidad de atención de los adolescentes
Dirección Nacional de Salud Mental y Adic:	Rectoría de salud, generar directrices, normativas, objetivos corto y mediano plazo con otras jurisdicciones. El objetivo de este año fue desarrollar capacidad instalada en las jurisdicciones. Segundo objetivo: crear espacios de trabajo para trabajar bullying en las escuelas. Tercer objetivo: trabajar consumo de alcohol con salud escolar.	Alcohol, embarazo adolescente, violencia, adicciones más allá del alcohol. El Estado no tiene capacidad instalada para abordar la salud mental en sentido amplio (afrentamiento relacional). Esta mirada generó un vacío institucional, son las ONGs las que trabajan con personas con adicciones El suicidio es un problema a atender pero por la franja etaria tiene un alto impacto mediático, esto significa que haya crecido o no la tasa de suicidios. No hay atención de la salud como un proceso de consulta está fragmentada, no se indaga sobre el problema. No hay médicos de adolescentes, hebi	Los servicios de salud están diseñados para atender enfermedades psicopatológicas, no otros tipos. Se genera el vacío institucional, porque no se pensaba en otras dimensiones que podían generar problemas de salud.
Área Adolescencia Programa Sumar Na	Brindar cobertura a la población materno infantil, niños/as adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres y hombres hasta 64 años. Generar conciencia en la población acerca de la importancia del cuidado de la salud, empoderarla para el ejercicio efectivo de su derecho y potenciar su vínculo con el sistema de salud Sinergia con las políticas de salud existentes. No tiene una estrategia propia de salud, sino que apoya y acompaña las políticas sanitarias	Hubo que trabajar y sensibilizar a los profesionales porque encontraron una gran variedad de prejuicios en los equipos de atención (poder atender al chico en cualquier servicio, que no tiene que venir acompañado de un adulto). El embarazo adolescente aparece como un cliché, a veces representa más un problema para el adulto que para el chico; el abuso de sustancias y el suicidio sí están aumentando las tasas, especialmente en las primeras. No están trabajando con prestaciones de ILE. Problemas de acceso de los adolescentes: principalmente, la falta de centros de salud amigables, la captación activa de adolescentes, la flexibilidad de centro de salud, los horarios, la sensibilidad.	El programa Sumar se lleva adelante con un enfoque de derechos que se propone brindar identidad a las personas frente al sistema de salud y explicitar los servicios que conforman su derecho, asignándole contenido y alcance
CHACO Coordinador Programa de Salud Reproductiva	Lograr la mejor calidad de atención en salud sexual de la población en general, y dentro de ese marco, también a la población adolescente.	Los adolescentes: drogadicción, enfermedades de transmisión sexual, accidentes de tránsito. Sistema de salud: Salud reproductiva, falta de datos acerca de las atenciones de salud a la población adolescente, falta de nominalización de la población adolescente en el registro y la práctica de los efectores de salud. Necesidad de crear una base de datos informáticos. Embarazo adolescente. La tasa es muy alta en comparación a la media nacional.	Hay prácticas del sistema de salud que invisibilizan al adolescente como sujeto con necesidades diferentes
CHACO Directora de Salud Mental y Adicciones	Bajar lineamientos técnicos en cuanto a los dispositivos sanitarios que dispone la provincia.	De los adolescentes: Adicciones, sobre todo el alcohol: como prácticas autodestructivas. Suicidios consumados, e intentos de suicidios en adolescentes (todas las etapas previas al hecho). Falta de contención por parte del Sistema de Salud. Del Sistema de Salud: Falta de capacitación en los profesionales de salud, acerca de adicciones y salud mental. Falta de coordinación y comunicación en las áreas del Estado.	La problemática adolescente debe ser tratada de manera integral. Hay problemas con los datos disponibles; no son claros, ni confiables
CHACO SUMAR Coordinadora del área adolescencia.	Mejorar el acceso y la calidad de atención de los adolescentes en el sistema de salud. Crear un nomenclador de prácticas priorizadas dentro del Nomenclador General de Salud, para generar una mejor atención a esta franja etaria de la población.	De los adolescentes: adicciones, que conllevan a situaciones de violencias. Maternidad adolescente. Segundo embarazo adolescente. Del sistema de salud: falta de uso del nomenclador que permita conocer el conocimiento real acerca de la atención de la salud en adolescentes. No fomenta un control sano de la población adolescente. Falta de coordinación entre áreas.	Los adolescentes tienen características específicas que plantean un problema al sistema de salud

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

JUJUY PSSYR	Lograr la máxima calidad de salud sexual a todas las mujeres especialmente en el caso de adolescentes, porque tienen muchas posibilidades de embarazarse.	Abusos y violaciones en adolescentes precoces, y embarazos. Una limitación son las internaciones hospitalarias. Judicialización de las ILE. Falta de médicos que quieran realizar las ILE. La cobertura no alcanza para toda la población afectada	Existen valores de parte de ciertos médicos mediante la "Objeción de conciencia" que judicializan las ILE
JUJUY Secretario de Mental y Adicciones	Desarrollar programas a la población en general tanto en la preventiva como en la línea asistencial, siendo los adolescentes un grupo importante	Consumo de sustancias tóxicas y suicidio	Considera que para trabajar con los jóvenes necesario abordarlos no como adultos, sino partir de otros jóvenes a sus grupos
JUJUY Auditora Programar SUMAR	Disminuir la morbimortalidad materno infantil	Consumo de alcohol, suicidio o intento de suicidio, control de salud del adolescente (es reacio a ir) sobrepeso/obesidad, embarazo adolescente, conductas alimentarias	Existe rechazo de registrar las prestaciones. Suponen un trabajo extra no remunerado.
JUJUY Coordinadora Servicio Orientación Adolescente	Es un servicio que se presta para todas las problemáticas adolescentes que se producen en los colegios secundarios	Problemáticas de aprendizaje, violencia en la relación docente / estudiante, acoso y discriminación compañeros, discriminación de todo tipo en los colegios, embarazo adolescente, consumo de sustancias tóxicas, intento de suicidio, suicidio, autoflagelaciones	Es un servicio que solo se presta en las instituciones educativas, se atiende las problemáticas adolescentes que se visualizan dichos ámbitos pero muchas de ellas se producen en otros contextos que no trabajan como la familia, los amigos, el barrio
LA RIOJA Director Provincia Salud Mental.	Conformar políticas en relación a las problemáticas de la salud mental, alcanzando a toda la población, contemplando aspectos de promoción, prevención y asistencia.	Adicciones, suicidio, violencias	Los prejuicios que existen sobre las problemáticas de salud mental es uno de los principales obstáculos que impiden avanzar
La Rioja Coordinador SUMAR.	Disminuir la morbi-mortalidad en general y hacer un programa de pago por resultados, donde se monitorean el cumplimiento de ciertas metas.	Falta de contención por parte de los adultos, adicciones, alcoholismo	El abandono por parte de los adultos en relación a los adolescentes es uno de los indicadores más importantes en relación a las problemáticas
MISIONES PSSYR	Promover y difundir las leyes sobre salud sexual y reproductiva, lograr que los centros asistenciales entiendan y se adapten a la normativa. Sensibilizar a los adolescentes no desde una agenda marcada, sino desde sus propias demandas	Agenda político- sanitaria vs. Agenda de los propios adolescentes. El embarazo adolescente es un problema para los adultos o el sistema sanitario, pero los adolescentes no lo identifican como tal. Los propios adolescentes ven como una problemática la falta de espacios para ellos: espacios recreativos, lúdicos, que se les de voz, que tengan poder de decisión. El gran problema es lograr que las instituciones vean a los adolescentes como sujetos de derecho y les den herramientas/ espacios para participar y crecer, para tener una idea de futuro	La estructura de salud pública está armada para el cuidado de la madre del niño y las personas con problema de salud mental. En este contexto el adolescente "molesta" porque tiene demandas que son distintas y que no son fáciles de atender.
MISIONES Salud Mental	La dirección surge como necesidad de tener un referente provincial para interactuar con el ámbito nacional/ con el Programa Nacional Salud mental. También tiene un rol de asesoría para la legislatura y otros organismos para implementar la Ley de salud mental	Deserción escolar, según datos que él maneja llegan al 50%.	Crítico en cuanto a la visión del adulto como criterio de verdad válido para diseñar políticas orientadas al adolescente, "pensados desde el adulto y no desde la visión del adolescente"
MISIONES Sumar	Promover que los efectores cumplan con la línea de cuidado de las distintas poblaciones, entre ellas la población adolescente. Implica un conjunto de prestaciones que garantizan que el adolescente tiene su salud controlada. A su vez, el programa estimula a los centros de salud pagando por esas prestaciones efectuadas.	Embarazo adolescente. Adicciones, Violencia	Mirada abarcativa, integral y estratégica sobre la adolescencia y la salud sexual. Incorpora los derechos de los adolescentes en todas las fases de su gestión. Actúa y planifica en función a los datos y monitorea sus acciones.

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

SALTA PSSYR	Provisión de insumos, capacitación y monitoreo.	Intento de suicidio , embarazo adolescente, adicciones, desconocimiento de marco normativo y derechos	Identifica desconocimiento sobre el marco legal de los derechos de los adolescentes por parte de los equipos de salud y los propios adolescentes
SALTA Salud Mental Adicciones	Prevención, asistencia o sistema terapéutico para las personas que presentan consumo problemático	Adicciones, Violencia, deserción escolar, pérdida de sentido.	Adicciones asociado con la desintegración social, pérdida de los modelos de identificación y proliferación de un modelo de consumo
SALTA Sumar	Control sanitario sobre la población adolescente.	Intento de suicidio y autolesiones, adicciones.	Perspectiva de derechos

CUADRO 4.5 RESPONSABLES TEMÁTICOS

Actor	Modos de abordaje e intervenciones	Trabajo intersectorial	Resultados
Programa Nacional de Salud Sexual y Procre Responsable	Acceso a Mac: métodos de larga duración para adolescentes, especialmente anticoncepción inmediata luego de episodio obstétrico. Capacitaciones y pasantías equipos con mayor trayectorias a otras más jóvenes que estén empezando. Garantía de acceso a MAC y que los chicos accedan. Línea telefónica 0800: responder consultas adolescentes o derivan	Trabajo en red que se ha reactualizado en estos últimos meses, período de transición, no se sabía si continuaba el programa. Articulan con PNSIA, ESI, Senaf, trabajo en las cárceles de mujeres (área de salud) Secretaría de DDH articulan con la secretaría de diversidad sexual, coordinan una mesa interministerial, capacitaciones en conjunto por ej. para la policía. Consejo asesor: salud sexual y reproductiva, hay ONGs y comunidades científicas (E CEDES, CTA). Hay contactos más informales, por la trayectoria en la gestión	Producen estadísticas a partir de la información que les giran las provincias. Tienen un área de monitoreo, producen informes asiduos sobre la situación de los/as adolescentes
Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones	Integral e interdisciplinario, mirada salud mental amplia y articulada con otros espacios. Generar capacidad instalada: capacitaciones a profesionales. Armar en cada efector u hospital un comité de violencia para registrar los episodios de violencia. Subsidios viviendas asistidas: personas que hayan sido víctimas de violencia para personas que requieran un espacio distinto	Articulan con ministerio de trabajo, Sedronar, salud, educación, seguridad, ministerio de desarrollo social (con los que más trabajan).	Registro de adolescentes que se atienden por enfermedades mentales, ellos no lo lleva. Lo lleva el PNSIA, el entrevistado no sabía quién lo coordina.
Área Adolescencia Programa Sumar Nacional	Efectores priorizados para fortalecer las estrategias elegimos los efectores que por sus características sean claves en implementación del PS. Captar adolescentes en escuelas secundarias por medio de consultores (que ahora no hay), hacían una charla en la escuela ahí le hacían un control. Y otras actividades comunitarias, o en la calle. Otras líneas de cuidado que se incorporaron: intento de suicidio y consumo episódico de sustancias ahora no se están trabajando mucho. Capacitaciones en las guardias, son lugares de referencia para la atención y el registro y que se facture la prestación con el nombre correcto, facturar como tal. Estructuras difíciles de convencer	Articulación con programas: PNSIA, PSSYR, Instituto Nacional del Cáncer, Dirección de Salud Mental y Adicciones. Trabajan a través de programas, r articulan con ONGs Hay multiplicación de esfuerzos, habría que unificar y articular entre ministerios	Actualmente son 3.100.000 los adolescentes cubiertos en todo el país, inscriptos 3.080.000. 33% cobertura efectiva básica (al menos un contacto con el servicio de salud). Es el 82% que las provincias se comprometieron por medio de un convenio con Nación. Programa con mucha cultura evaluativa y de monitoreo: valorizar la información.

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

CHACO Coordinadora Programa de Salud Reproductiva (PSR)	Responder demandas concretas de adolescentes, recibidas a través de centros de estudiantes, escuelas, centros de salud. Trabajar con lineamientos nacionales. Talleres específicos en las escuelas, centros de salud o lugares a los que sean convocados: talleres sobre ETS que derivan en otros temas que se consideran importante (p. ej. Salud reproductiva, métodos de anticoncepción, mitos acerca de la sexualidad, etc.) Utilización de juegos y materiales en los talleres (p. ej. <i>Kit de Estrategias para Armar</i>), Capacitación a los efectores de salud. Gestión y provisión de insumos a los centros de salud.		
CHACO Directora de Salud Mental y Adicciones	De manera integral, interdisciplinaria, relacionando los problemas de salud adolescente. Armado de equipos interdisciplinarios que trabajan fuertemente con las demandas de las comunidades donde están insertos los centros. Generar estrategias de atención a la población adolescente más personalizadas. Capacitación a centros de referencias, que funcionan las 24 hs., en zonas problemáticas, para contener las consultas de los adolescentes. Creación de <i>dispositivos</i> : Hospitales de Día, Casas de Convivencias (pacientes sin familiares que se hagan cargo), espacios de internación voluntaria. Talleres a adolescentes escolarizados.		
CHACO SUMAR/ Coordinadora del área adolescencia.	Fomento de un grupo de prestaciones pagas a los Centros de Salud, que permitan generar espacios amigables para adolescente. Capacitar a los CAPS para generar acciones y visibilizar la población adolescente. Fomentar la búsqueda de los adolescentes que concurren a controlarse estando sanos. Capacitación (talleres) desde los servicios de salud, a la comunidad en salud reproductiva, alimentación, etc. Talleres de capacitación a los efectores de salud		
JUJUY PSSYR	Consejerías de Salud. Se crean redes con las Consejerías en toda la provincia. Capacitaciones, asesoramiento, a través de los equipos	Trabajan con dependencias del Ministerio de Salud y de otros Ministerios de Desarrollo Humano y el Ministerio de Educación	
JUJUY Secretario de Salud Mental y Adicciones	Capacitaciones a efectores a través del Grupo Operativo de Alcoholismo (GOA) del Hospital "San Roque". Observatorio provincial de Salud Mental. Se organizan actividades con Fundaciones en los barrios	Se trabaja con otros Ministerios y con ONGs	Formar a los mismos adolescentes
JUJUY Auditora Programa SUMAR	Promocionar las prestaciones de salud en centros de salud y hospitales a personas que no tengan obra social. Capacitaciones a equipos de salud, talleres en conjunto con otros programas o equipos de otros ministerios	Con el Programa Adolescencia, con el Programa de Salud Sexual, Programa de Comunidades Indígenas	Fomentar las prestaciones de salud ante el desconocimiento de la gente sobre el programa
LA RIOJA Director provincial de Salud Mental.	Las acciones se vinculan al marco normativo tanto provincial como nacional e internacional, son el organismo que realiza la ejecución de medidas de protección y acciones excepcionales.	El Gobierno provincial ha establecido un trabajo de articulación a través de diferentes Ministerios y Direcciones para poder llegar a desarrollar acciones y medidas	Los resultados que obtuvieron son a través de intervenciones, los califican como "buenos"
LA RIOJA Coordinadora Programa SUMAR.	Detección temprana y seguimiento. Se paga por las prestaciones que se brindan si el chico ingresa por la guardia por intento de suicidio o intoxicación ya sea por alcohol o por otra sustancia El seguimiento se realiza a través de un equipo de salud en Capital, y en el interior solo en algunas cabeceras Se implementó una historia clínica que se realiza en varias etapas; los agentes sanitarios son los que efectivizan este seguimiento; además brindan talleres para las distintas problemáticas de los adolescentes	Trabajan con todos los equipos del Ministerio de Salud y con los efectores de salud. Además de trabajar con el Programa de Adolescencia, se trabaja con el Servicio de Maternidad del Hospital de la Madre y el Niño, el Servicio de Adolescencia del Hospital Vera Barros y con los centros integrales que hay en el Interior.	Los resultados obtenidos son el 29% de la población cubierta, es un logro para el programa

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

MISIONES PSSYR	Escucha las demandas, hace participar y luego da pautas o información para que tal los equipos como los adolescentes se apropien de la información. Forma un equipo salud, los capacita, los informa sobre legislación. Posteriormente establece puentes con otros actores (municipalidad, ONGs) Finalmente monitorea la adherencia de las mujeres a los tratamientos y la performance de los centros de salud. Sostiene que el derecho a estar informado es uno de los derechos fundamentales de los chicos.	Con los equipos de salud, con ONGs, escuelas. Próximamente se proyecta trabajar con el Ministerio de Agricultura familia y campo con las escuelas EFA (escuelas rurales) para llegar a la población rural	Cuando se logra conformar el circuito: efectores- comunidad los resultados son muy buenos. Cuestiona la falta de presupuesto provincial para llegar a más efectores y fundamentalmente, falta de presupuesto para contar con insumos.
Misiones Salud Mental	No actúan en forma directa sobre esta problemática. Puja entre proyecto de creación de un centro asistencial para adolescentes versus intervenciones en barrios. Se están realizando intervenciones en los CIC (Centro integrador Comunitario) capacitando a personal no sólo de salud sino de otros ámbitos para prevención (no especifica prevención sobre qué problemática).	Desde 2016, se han organizado ateneos con la participación del Ministerio de Derechos Humanos.	De las intervenciones realizadas, las más satisfactorias son las que se han realizado fuera de la red asistencial: en los CIC, en los barrios y clubes.
MISIONES SUMAR	Capacitación / talleres a equipos de salud sobre las líneas de cuidado para los adolescentes. Asesoramiento sobre cómo montar espacios diferenciados para la atención a adolescentes. Promoción de los derechos de los adolescentes. Paralelamente otros incentivos económicos a los centros de salud para captar y brindar prestaciones de salud a los adolescentes.	Se trabaja en conjunto con Salud sexual. Programa de Salud integral adolescentes y Salud sexual. Trabajan juntos/ a la par, pero no queda claro el rol de cada uno y la complementariedad.	Dispar. Hay equipos de salud que están más involucrados a las actividades que tienen que ver con los adolescentes que otros. Hay otros equipos que se apropiaron del problema o del grupo entonces no tienen buenos resultados
SALTA PSSYR	Capacitaciones y talleres en los equipos de salud de los distintos niveles de salud. Distribuye insumos a todos los establecimientos del sistema de salud público.	Acciones con el Ministerio de Educación para, Justicia, Derechos Humanos y Seguridad, el Ministerio de Pueblos Indígenas	Se ha logrado instalar el tema en la agenda, el de la salud sexual como la salud de los adolescentes.
SALTA Salud mental y adicciones	Dispositivos (red de instituciones públicas y no oficiales) Prevención comunitaria. Procesamiento de prestaciones.	Ministerio de educación. ONG's y grupos de la comunidad.	Establecer una red de tratamiento.
SALTA SUMAR	Control sanitario. Acciones de capacitación. Generación de información. Examen periódico de salud. Talleres de capacitación. Vacunas HPV	Al tratarse de un programa de gestión, muchas de sus acciones se encuentran coordinadas por distintas instancias.	

5.3- Efectores de Salud (Servicios de Salud de 1° y 2° Nivel de Atención Provinciales)

Dentro de este tercer grupo de funcionarios, aglutinamos a efectores de salud provinciales.

Observamos que existe consenso en las problemáticas detectadas por los distintos entrevistados. Entre ellas, podemos señalar las adicciones (especialmente el consumo de alcohol, pero también de marihuana o pegamentos), conductas autodestructivas (autolesiones o intentos de suicidio), abusos, maltrato y el embarazo durante la adolescencia.

En aquellos servicios que se especializan en salud reproductiva, se mencionan las dificultades que enfrentan las adolescentes para adquirirlos o la información errónea (mitos o leyendas, en algunos casos) que circula sobre los mismos y se transmite desde el entorno familiar o grupo de pares. Además, se señala que las cuestiones de género y las relaciones de poder también constituyen un impedimento para las adolescentes en términos de acceso y consulta. Se indica que muchas mujeres buscan métodos anticonceptivos que no sean visibles, por temor a las parejas o a sus familias. El DIU y los anticonceptivos de larga duración son más efectivos para esta población, porque no requieren cuidados diarios.

Asimismo, y en concordancia con el análisis anterior, se manifiestan serios problemas en la estructura sanitaria para dar respuesta a sus demandas específicas (falta de horarios, turnos, largas esperas, no son escuchados, prejuicios del personal de salud, etc.). Incluso el espacio físico (el diseño del lugar y su apariencia), surge como un factor en que también es necesario reparar para alentar a la consulta del adolescente. Se señala en varias oportunidades la importancia de contar con servicios integrales destinados solo para adolescentes.

Se entiende que los/as profesionales que trabajan con adolescentes requieren una sensibilidad especial con las situaciones que atraviesan, y para esto se necesita estar en contacto permanente con esta población, ir a las escuelas, dar charlas o talleres.

Dentro de las intervenciones o abordajes que realizan, encontramos que no existen marcadas diferencias, incluso de criterio. Se privilegian los abordajes integrales, interdisciplinarios y en red con otras instituciones formales (escuelas, Ministerio de Salud, Programa de Salud Integral de la Adolescencia, Programa de Salud Sexual y Reproductiva) e informales, como grupos comunitarios y ONGs. Este abordaje se diseña en base a la atención de las necesidades y demandas de los/as adolescentes. Se brinda asistencia, asesoramiento, información y distribución de MACs,

Existen en la mayoría de los casos analizados, redes de profesionales conformadas, especialmente con otras áreas de salud, que mantienen reuniones asiduas y de intercambio y consulta. Asimismo, detectamos conformaciones de redes locales entre instituciones para el trabajo conjunto inter-barrial.

En este sentido, dentro de las acciones concretas señaladas encontramos, en primer lugar, las asesorías escolares (que fortalece el vínculo Salud-Educación), talleres dirigidos a padres o docentes de ámbitos que presentan problemas de consumo, violencia o abuso, capacitaciones a profesionales de los hospitales y CAPS. En la provincia de Jujuy, se realizan

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

rondas sanitarias en zonas rurales y se promueve la formación de equipos de trabajo interdisciplinario que trabajan en campo para ubicar casos de adolescentes con problemáticas.

Estas intervenciones han tenido buenos resultados de acuerdo a los funcionarios entrevistados, aunque no dispongan de datos o estadísticas precisas en todos los casos. Algunos actores sostienen que no evalúan sus acciones.

CUADRO 4.6 EFECTORES

Actor	Objetivos	Problemáticas	Valores/Concepciones
CHACO Directora del (Servicio Integral Amigable para Adolescentes) -S. Peña.	Garantizar el acceso de los adolescentes a un servicio de que atienda las características específicas de sus necesidades tanto en el aspecto profesional, administrativo, como de horarios de atención y ubicación estratégica del edificio.	Conductas violentas. Estas conductas siempre traen como trasfondo situaciones de consumo: alcohol (excesivo episódico) por sobre todo. Y, dependiendo del nivel social, también marihuana o pegamentos. Abusos: muchos manifestados han ocurrido en la infancia y que no lo saben manejar. Embarazos: muchos adolescentes ya llegan por consultas sobre el segundo embarazo. Tentativas de suicidios, conductas autodestructivas (cortes): como manifestaciones de aquellos que han sufrido o están sufriendo.	Hay una dificultad estructural del sistema de salud para poder tratar a los adolescentes, debido a su edad y las características de su demanda. En el trabajo con adolescentes el profesional necesita una sensibilización sobre sus problemáticas, y para eso tienen que estar en contacto con ellos fuera del consultorio, ir a las escuelas, dar charlas, etc.
CHACO Consultorio de Salud Reproductiva de Hospital Pediátrico (Resistencia).	Brindar atención a mujeres acompañantes (madres, hermanas, etc.) de niños internados; acercándoles métodos anticonceptivos. Ofrecer el servicio de consultoría e intervención en salud reproductiva dentro del Hospital Pediátrico.	Dificultad de acceso a métodos anticonceptivos. Falta de información y comunicación en la familia. Alcoholismo, adicciones, violencia, abuso y maltrato.	En el acceso a la salud adolescente las instituciones tienen mucho que aprender de la practicidad con la que se manejan y derivan al adolescente a atención específica que condiciona el resultado. El adolescente necesita contacto directo, atenciones inmediatas. Hay que prestar atención a las condiciones estéticas de los edificios destinados a la atención de adolescentes.
JUJUY Referente II Nivel Adolescencia en medicina general Hospital "Salvador Mazza" de Tilcara	Trabajar en escuelas con consejerías para adolescentes, pero no realiza el tratamiento si no existe contacto previo con el adolescente	Abusos, consumo de alcohol, algunas drogas, enfermedades de transmisión sexual, embarazo adolescente	Hay diferencias sociales, culturales, económicas, entre los adolescentes que complejizan el tratamiento de algunas problemáticas. Se producen abusos con adolescentes que provienen de zonas rurales y se radicalizan en el pueblo de Tilcara por su desconocimiento del estilo de vida urbano.
JUJUY Referente II Nivel Adolescencia en Salud Mental	Generar estrategias de contención, tratamiento y seguimiento de las problemáticas. Que los adolescentes sean atendidos en su comunidad	Adicciones y suicidio	Usar otras estrategias no solo la de internación en el hospital, generar otras estrategias de contención
LA RIOJA Jefa de servicio de Adolescencia Hospital Enrique Vera Barros	Este servicio funciona dentro del Hospital, brinda atención integral del adolescente biopsicosocial de 2° y 3° nivel.	Falta de proyecto de vida en los adolescentes, alto índice de ideas suicidas, embarazo adolescentes, adicciones (descontrol que tienen los fines de semana).	Establece la falta de comunicación con el adolescente por parte de los adultos; los prejuicios y los rótulos. Afirma que debemos comprender al adolescente es rebelde por la etapa que transita, no son niños ni adolescentes.
Hospital Nivel II de Fam. MISIONES	Control prenatal y prevención del embarazo adolescente fundamentalmente la prevención del embarazo adolescente	El principal problema es la falta de educación, hay leyendas, mitos, información que se transmite en la familia que queda grabada y no acuden al médico. Como problemática destacada es el síndrome metabólico debido a una mala alimentación.	Sostiene que una de las principales barreras de acceso a la salud para los adolescentes es el propio personal de salud, quienes desde la admisión hasta llegar al médico interponen sus propios valores y prejuicios sobre el adolescente.
MISIONES Hospital Nivel de Pediatría Dr. Ricardo Barreyro	Brindar asistencia y asesoramiento a adolescentes.	Adicciones, especialmente alcohol. Los adolescentes no llegan a consulta por adicciones, pasan por guardia y luego no se realiza un seguimiento. También señala el embarazo adolescente y suicidio. Se destaca la desidia de los padres que intentan ocultar o minimizar.	Distintas fallas en la atención adolescente: por una lado, considera que se puede trabajar con el adolescente si no se fortalece la familia/ los adultos. Por otro lado, habla de las deficiencias desde lo institucional creó un servicio especial para los adolescentes, pero no tenemos personal específico para ese centro".

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

SALTA trabajadora Social en Centro de salud Castañares	Consejería adolescente: brindar un espacio de escucha, acompañamiento y orientación a los adolescentes del ámbito local (zona norte de Salta)	Adolescentes: Cortes (autolesiones) e intento de suicidio, Embarazo adolescente, adicciones, desconocimientos de sus derechos.	Recibir las necesidades de salud y acompañar a los adolescentes.
Directora de Unidad de Medicina Interna Hospital Materno Infantil	Atención de las pacientes con patología ginecológica (incluye adolescentes entre 15 a 19 años con embarazos con morbilidad)	Embarazo adolescente, adicciones, violencia	Perspectiva médica con alta sensibilidad en el abordaje integral de las adolescentes embarazadas. Da cuenta de las dimensiones psicosociales de la problemática de salud.

CUADRO 4.7 EFECTORES

Actor	Modos de abordaje e intervenciones	Trabajo intersectorial	Resultados
CHACO Directora del SIAPA (Servicio Integral Amigable para Adolescentes) - Sáenz Peña.	Atención interdisciplinaria y personalizada de las consultas: ingresan con un clínico y luego son vistos por los diferentes especialistas. Talleres dirigidos a los adolescentes derivados del juzgado. Talleres dirigidos a padres o docentes de ámbitos que presentan problemas de consumo, violencia o abuso. Gestión de herramientas judiciales como intervención en casos de abusos.	Abordaje integral: teniendo en cuenta las necesidades de los adolescentes y las falencias del sistema de salud. El equipo se reúne una vez por mes para hacer un seguimiento conjunto del estado de los chicos e intercambiar opiniones. Trabajo con otras instituciones que tratan con adolescentes: escuelas, UPI (Unidad de Protección Infantil), juzgado. Búsqueda de unidad en los lineamientos que se transmiten al paciente	
Consultorio de Salud Reproductiva del Hospital Pediátrico Dr. A. Castelán (Resistencia).	Atención interdisciplinaria y personalizada de las consultas.	Trabajo en red con otras instituciones que tratan con adolescentes: escuelas, UPI (Unidad de Protección Infantil), juzgado. Búsqueda de unidad en los lineamientos que se transmiten al paciente. Apertura a la demanda de los actores intervinientes en la comunidad.	
JUJUY Efector Referente II Nivel de Adolescencia en medicina general (toco ginecología y clínica). Referente de Adolescencia en el hospital "Salvador Mazza" de Tilcara	Consejerías en las escuelas y colegios. Rondas sanitarias en zonas rurales. Formación de equipos de trabajo interdisciplinario que trabaja en campo para ubicar casos de adolescentes con problemáticas	Con escuelas y colegios	Detectar casos de adolescentes con problemas y realizar el tratamiento con equipos interdisciplinarios
JUJUY Efector Referente Segundo Nivel de Adolescencia en Salud Mental	Capacitaciones a profesionales de salud de los hospitales, centros de salud. Armar consejerías para los adolescentes. Trabajar con los adolescentes en su comunidad, junto a su familia, amigos	Trabajo en equipo interdisciplinario pero también con la participación de grupos usuarios de la comunidad (familia y amigos) que colaboran, también	No solo trabajar urgencias y emergencias sino también lograr trabajar en prevención y promoción de la salud
LA RIOJA Jefa de Servicio de Adolescencia Hospital Enrique Vera Barros	Talleres en los colegios ya sean requeridos por los docentes o por los alumnos de acuerdo a la demanda de la Institución y capacitación en los CAPS	Trabaja con Ministerio de Salud, Programa de Adolescencia Provincia y Nacional, Dirección del Menor, Fiscalía, Policía, Dirección de Salud Mental. Acuden a los colegios a realizar talleres de acuerdo a la necesidad planteada por la Institución como así también capacitaciones en los Centros Primarios.	Fueron premiados como uno de los 11 mejores servicios del país. Califica las intervenciones como buenas, sin embargo reconoce falta de presupuesto, equipamiento y mayor capacitación.

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

Hospital Nivel II de Fátima-MISIONES	Atención de adolescentes. Proyecto cercano de apertura de consultorio diferenciado para adolescentes. Capacitaciones a personal de salud,	Hay conformada una red de profesionales que piensan y actúan en forma similar. ellas se apoyan, interconsultan, derivan	Los resultados no se evalúan
MISIONES Hospital Nivel III de Pediatría Dr. Ricardo Barrey	Atiende y asiste a adolescentes en los efectores mencionados. Hacen evaluaciones integrales, acompaña y escucha a los adolescentes y papás	Está bien conectada con otros referentes de adolescencia, pero no tienen un trabajo en común desde lo institucional	Los resultados no se evalúan
SALTA Trabajadora Social en el Centro de salud Castañares	Asesoría escolar de salud adolescente en una escuela. Consejería de salud integral en el centro de salud para la atención de adolescentes.	Conformación de una red local con otras instituciones para el trabajo conjunto interbarrial. Interacción con otras áreas de salud.	Destacan el reconocimiento de los adolescentes como un referente en salud en la zona.
SALTA Directora de Unidad de Medicina Interna (apoyo a la maternidad) Hospital Materno Infantil	Tratamiento integral del paciente, conformación de una unidad de salud mental, derivación al centro de salud.	Participa de la red de referente promovida por la Supervisión en Salud Adolescente	Si bien reconoce las limitaciones en el tratamiento pediátrico de las adolescentes embarazadas menores de 15 años, refiere a cambios introducidos en el abordaje hospitalario.

5.4- Otros funcionarios/as y Ministerios involucrados indirectamente a la salud adolescente (Director/a de Educación Secundaria, Secretario/a de Derechos Humanos, SENAF)

Dentro de este último grupo de funcionarios/as decidimos concentrar a aquellos que están involucrados en la salud de la población adolescente, de manera indirecta o colateral, acompañando y sosteniendo acciones conjuntas que potencian las intervenciones de las áreas de salud responsables.

La Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia (SENAF), del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, se orienta al armado y coordinación de las políticas públicas de infancia y adolescencia del todo el país. Amparada en la Ley 26.061, prevé la creación del organismo rector de las políticas que conciernen a estas poblaciones. Sus líneas prioritarias se focalizan en la primera infancia, el fortalecimiento de los sistemas de protección y promoción de derechos humanos y la participación de activa de niños/adolescentes.

El mayor reclamo o dificultad que encuentran radica en generar espacios de participación, donde a los chicos se los escuche, puedan consultar: foros de participación adolescente en las provincias para conocer sus demandas y luego pensar las políticas públicas. A partir de estos foros, los propios adolescentes listaron los problemas que visualizaban: salud sexual y reproductiva por el acceso a MAC, educación formal, suicidio, consumos problemáticos (alcohol y sustancias), trastornos alimenticios, en menor grado. Desde la Secretaría, se sostiene que esta enunciación está permeada por el discurso adulto. Encuentran que estas problemáticas están construidas desde un lugar ajeno al adolescente.

La mayor problemática que encuentran es cómo articular el sistema de salud mental con los niños/as y adolescentes y el sistema integrado. Aseguran que constituye un inconveniente serio, relacionado a la interpretación e implementación.

En relación al abordaje de estas temáticas, organizan foros juveniles que alienten la participación de los/as adolescentes. Asimismo, conforman mesas de trabajo y consejos federales (representantes elegidos por las provincias (puede ser ministro, director del área) temas que se proponen para discutir con las provincias, primera infancia, embarazo adolescente)

Privilegian el trabajo interdisciplinario e integral, articulando con diferentes áreas del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Trabajo (por trabajo infantil), INTA, Salud Sexual y Reproductiva. Del mismo modo, trabajan con ONGs y organizaciones sociales porque existe un número importante que se involucra en temas de niñez. Además, aseguran que tienen una relación fluida y de escucha con estas organizaciones, porque en algunas provincias poseen mucho peso y trabajo en territorio, como también convocatoria.

En cuanto a la evaluación de sus acciones, no realizan un monitoreo propio. Construyen indicadores a partir del INDEC o SIEMPRO. Efectúan relevamientos de las tareas desarrolladas por los órganos de aplicación de la ley en cada provincia. Al momento de la realización de la

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

entrevista, se encuentran elaborando informes de gestión para determinar cómo trabajaron durante el año 2016.

Desde la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la provincia de Chaco, se destacó que las principales problemáticas que afectan a los/as adolescentes son las adicciones, la alta deserción escolar producto de generaciones dentro de las familias que no asistieron a establecimientos de educación formal, y el embarazo durante la adolescencia. Desde aquí se sostiene que para incidir en estas, es necesario involucrar y responsabilizar a las familias, junto a la ayuda y acompañamiento estatal. Entre las intervenciones mencionadas, se hizo hincapié en el fortalecimiento de los vínculos familiares y la inserción comunitaria, a través de un trabajo en red e interdisciplinario.

Organizan charlas y jornadas sobre diferentes temáticas como respuestas a las demandas de las escuelas. Se reforzaron los Centros Integradores de Fortalecimiento Familiar y se crearon las Residencias Juveniles y Hogares de Día: espacios de contención y acompañamiento a adolescentes. Además, se promueve el acompañamiento en casos de adolescentes con problemas de adicción y se articula con el Área de Salud Mental. También crearon de espacios de recreación y prácticas deportivas y sostienen comedores comunitarios en articulación con diferentes actores.

En la misma dirección, la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la provincia de Jujuy aludió a las mismas problemáticas de los adolescentes (adicciones, embarazo adolescente) y suicidio. Comparten asimismo, las acciones para intervenir, entre ellas, mesas de trabajo barriales, talleres de promoción de derechos, foros con adolescentes, capacitaciones, becas (deportivas, de capacitación laboral).

Por su parte, La Rioja detecta que las problemáticas de los/as adolescentes se asocian a las adicciones, embarazo adolescente y al bullying, pero la más preocupante es el abuso sexual (en el mes de septiembre tuvieron 53 casos denunciados). Son el organismo que ejecuta medidas de protección. Para esto, articulan a través de diferentes Ministerios y Direcciones.

En Misiones, las problemáticas identificadas se relacionan con el bullying en las escuelas y la violencia entre los mismos adolescentes dentro y fuera del ámbito escolar. Además se menciona el embarazo adolescente y las adicciones por el tema de la zona limítrofe, entre Brasil y Paraguay, donde el narcotráfico es muy activo entre un país y el otro. Dentro de las acciones llevadas a cabo realizan talleres y campañas de promoción, sensibilización y prevención. En este último año se trabajó sobre 3 ejes: violencia, participación y salud sexual y reproductiva. No cuentan con presupuesto propio, por lo cual el abordaje lo realizan necesariamente a través de alianzas o articulaciones con otras instituciones.

Por último, en Salta se destacan como problemas de salud de esta población las adicciones, la violencia familiar, el abuso sexual y el embarazo adolescente. Frente a la situación de derechos vulnerados, se establecen estrategias de abordaje. Si son consideradas de gravedad, se inician medidas de protección. Articula con otros ministerios, municipios y principalmente con el Poder Judicial.

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

En suma, encontramos similitudes entre las problemáticas detectadas y las acciones desplegadas para contrarrestarlas, tanto a nivel provincial como nacional.

Otro actor vinculado de manera indirecta con la salud de esta población, es la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Dentro de la Secretaría, la Dirección Nacional de Atención a Grupos en situación de vulnerabilidad social fue estructurada con la perspectiva de Derechos Humanos y trabaja con aquellos colectivos que por su condición per sé, se encuentran en situación de vulnerabilidad mayor que otros grupos, requiriendo un mayor fortalecimiento y acompañamiento de políticas públicas (mujeres, grupos originarios, discapacitados, adolescentes)²⁶.

Sostienen que los niños/as y adolescentes son grupos sociales que se encuentran en situación de inequidad y por tanto es necesario reforzar la protección de derechos a partir de la Ley 26061. Los/as niñas/adolescentes son considerados sujetos de derechos humanos y es necesario velar por el cumplimiento de sus derechos en todas las instituciones del Estado.

Aseguran que el mundo adulto se ha desentendido de la franja 16-21 años y no logra tramitar estas cuestiones sino a través de “problemas”. Consideran que el suicidio y el embarazo adolescente son un problema de política pública, no de los adolescentes, por lo que hay que revisar las prácticas del Estado y de los adultos. En el caso de los adolescentes varones, observan muchos problemas con la justicia (no existe una justicia penal juvenil), y continúan produciéndose detenciones ilegales por parte de la policía, los golpes, los encierros.

En el momento de la realización de la entrevista, esta oficina se encontraba en plena reestructuración, por lo que las acciones eran restringidas. No obstante, se encontraban realizando un monitoreo de los institutos de encierro en el país y trabajando sobre el acoso escolar y bullying.

Desde la Secretaría de Derechos Humanos de Chaco, se sostiene que las problemáticas de esta población se vinculan con las adicciones, y su derivación en actos delictivos. También mencionan al embarazo adolescente y el suicidio. Sin embargo, esta secretaría no posee políticas específicas para adolescentes.

En el caso de La Rioja, se señala la violencia institucional como una problemática recurrente de esta población. Considera que otras problemática significativas son las adicciones, el embarazo adolescente y el suicidio, aunque en la provincia se encuentra dentro de la media nacional. Las intervenciones concretas que realizan son capacitaciones, promoción y asesoramiento permanente a las víctimas. Intervienen cuando es necesario establecer una acción protectora, articulando con las áreas que efectivamente pueden velar por los Derechos Humanos, como son las Fiscalías. Tienen un vínculo muy estrecho con el Ministerio

²⁶ Esta dirección ya no tiene este nombre, producto de la reestructuración que tuvo la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Actualmente, se llama Dirección de Protección de Derechos y Resolución de Conflictos.

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

Público de la Defensa, que se conoce como Defensoría, que atiende sobre todo los casos de violencia institucional.

En los casos de Jujuy y Misiones, no fueron entrevistados actores de este tipo.

Por último, en la provincia de Salta se visualiza la violencia y el consumo problemático de sustancias, como los principales problemas de la población adolescente. En este sentido, promueve la prevención mediante la capacitación en los derechos humanos, a través de capacitaciones y talleres. Coordinan acciones con otros ministerios, como Educación, Salud, Seguridad, Turismo. En Salta también se entrevistó al Subsecretario de Justicia Penal Juvenil. Señala que las adicciones, la violencia, el embarazo adolescente, como las problemáticas de salud de los/as adolescentes. Sus intervenciones se orientan a la inserción socio educativa de jóvenes con la ley penal (16-18 años, aunque reconoce que hay chicos de 14 años). Articula con algunas áreas de adicciones, y también con instituciones de otro tipo como fundaciones, ONGs y universidad.

Otro actor que compone este grupo es la Secretaría de Educación o Enseñanza Media. En el caso nacional, no se pudo contactar al funcionario responsable a pesar que el equipo de trabajo avanzó en varias ocasiones para poder concertar una entrevista. No obstante, pudimos entablar contacto con la Coordinadora del Programa de Educación Sexual Integral (ESI), perteneciente al Ministerio de Educación de la Nación.

El programa se crea por ley, como resultado de una fuerte acción de militancia y de organizaciones de mujeres y diversidad sexual. La ley que origina este programa surge en un momento de ampliación de derechos. Su objetivo es garantizar que los adolescentes reciban educación sexual integral, generando condiciones políticas en las provincias y formar y capacitar a los docentes y fortalecerlos en estos temas y previniendo los problemas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Entre las principales problemáticas detectadas desde el Programa, se sostiene que los docentes advierten situaciones de violencia en los noviazgos, como también embarazos adolescentes y consumo de sustancias. El embarazo aparece como problema también para los adolescentes, en concordancia con lo que plantean las investigaciones académicas y la construcción de problemas del mundo adulto, pero también emergen temas de discriminación por la orientación sexual o género. Un tema que no aparece desde su voz pero sí en el campo, es el tema del suicidio, especialmente en estos últimos años y que lo visualizan los equipos de orientación escolar.

Las acciones que realizan se orientan al fortalecimiento de los equipos técnicos provinciales, producción de materiales para trabajar con los docentes y de difusión.

En las provincias de Chaco, Jujuy, La Rioja, Misiones y Salta, se entrevistó a los/as secretarías de Educación Media o Secundaria o responsables de áreas específicas a problemáticas adolescentes en dichas instituciones educativas. Desde la provincia de Chaco, la Secretaría orienta y coordina las distintas acciones de las direcciones que dependen de la subsecretaría. Se destacan la deserción escolar, el consumo de alcohol y drogadicción, como problemáticas

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

importantes. Se trabaja de manera articulada entre Educación y Salud, desde el Programa de Salud Adolescente, con el SIAPA y asesorías en Salud en más regiones de la provincia.

Por su parte, La Rioja señala que el embarazo adolescente, la deserción escolar por condiciones de pobreza, las adicciones y el suicidio son señaladas como las principales problemáticas de los/as adolescentes, con altas cifras en el noroeste de la provincia. Se destaca al Programa ESI como un aliado fundamental en cuanto a la enseñanza en prevención y promoción de la salud sexual integral. No trabajan intersectorialmente con otros actores, solo se vinculan para realizar alguna actividad puntual.

La Dirección de Enseñanza Media de Misiones (del Consejo General de Educación) se orienta a brindar asesoramiento a los Directivos y docentes de las escuelas, como también acompañar a los alumnos para que permanezcan y concluyan la secundaria. Su rol es la asistencia a directivos y docentes, y la problemática adolescente y cómo abordarlas está fuera de su espectro y sólo toman carácter cuando suceden en el ámbito escolar. Se observa cierta tendencia a minimizar y naturalizar las problemáticas de los adolescentes: *"embarazos adolescentes hubo siempre y no son tantos"*. De la misma manera, las acciones están dirigidas a los docentes y no a los estudiantes.

Por último, la Dirección de Educación Media de la provincia de Salta está dirigida a contribuir con políticas educativas en este nivel educativo. Las problemáticas destacadas de los adolescentes son el abandono escolar, la violencia dentro y fuera de las instituciones educativas, la violencia de género, las adicciones y el embarazo. Para avanzar sobre ellas, articulan acciones en temas de adicciones, suicidios y embarazos adolescentes (refieren que son problemáticas asociadas al abandono escolar). Concretamente coordina con el Ministerio de Salud, mesas interministeriales, Seguridad, Justicia, Derechos Humanos. Valora el programa de educación sexual, piden que llegue a toda la provincia.

CUADRO 4.8 OTROS MINISTERIOS

Actor	Objetivos	Problemáticas	Valores/Concepciones
Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF), Ministerio de Desarrollo Social	Armado y coordinación de las políticas públicas de infancia del todo el país. Ley 26061, prevé la creación del organismo rector de las políticas públicas Consejo federal de Adolescencia y Familia. Líneas prioritarias: primera infancia, fortalecimiento de los sistemas de protección y promoción de DDHH y la participación niños/adolescentes	El mayor reclamo está en generar espacios de participación, donde a los chicos se les escuche: foros de participación adolescente en las provincias para conocer sus demandas y luego pensar las políticas públicas. Listan los problemas que ellos visualizan: salud sexual y reproductiva por el acceso a MAC, educación formal, acceso al servicio, suicidio, consumos problemáticos (alcohol y sustancias), trastornos alimenticios en menor grado. Se reitera un discurso construido desde el adulto, hay algo que está construido desde otro lugar. ¿Cómo articular el sistema de salud mental con los niños/as y adolescentes y el sistema integrado? Es la problemática más grande que encuentran.	Los adolescentes son sujetos de derechos que están permeados por discursos adultos que construyen problemáticas específicas de su territorio
Dirección Nacional de Atención a Grupos en situación de vulnerabilidad social, Secretaría de DDHH, Ministerio de Justicia y DDHH	Velar por los derechos de los grupos considerados vulnerables por su condición per se (mujeres, grupos originarios, discapacitados, adolescentes). Requieren mayor fortalecimiento de políticas públicas en esta dirección ya no se denomina así. Se llama Dirección de Protección de Derechos y Resolución de Conflictos.	Problemáticas diferentes de acuerdo al territorio. "Salud sigue puertas para adentro", son puntuales las políticas o programas que salieron a captar a los chicos (a excepción del SUMAR). El mundo adulto se ha desentendido de la franja 16-21 años y no logramos tramitar las cosas que no sea a través de "problemas", (suicidio, embarazo, etc) pero no creo que para ellos lo sea. Los adolescentes varones tienen muchos problemas con la justicia (no existe una justicia penal juvenil), siguen las detenciones ilegales, los golpes, los encierros	Los adolescentes son considerados sujetos de derechos humanos y es necesario velar por el cumplimiento de sus derechos en todas las instituciones del Estado
Programa de Educación Sexual Integral (ESI), Ministerio de Educación	El programa se crea por ley, resultado de fuerte acción militancia y de las organizaciones de mujeres y diversidad sexual y ley que surge en un momento de ampliación de derechos para garantizar de los adolescentes a recibir educación sexual, generando condiciones políticas en las provincias y formar y capacitar a los docentes y fortalecerlos en estos temas	Los docentes dicen que hay violencia en los noviazgos, embarazos adolescentes, consumo de sustancia. Los chicos/as reclaman educación sexual y esto es mucho allá de la genitalidad. Lo que se demanda es que en las escuelas se hable sobre estos temas El embarazo aparece como problema también para ellos, en concordancia con lo que plantean las investigaciones académicas y la construcción de problemas del mundo adulto, pero también aparecen temas de discriminación por la orientación sexual y un tema que no aparece desde su voz y que aparece en el campo es el tema del suicidio, especialmente en estos últimos años y que lo dicen los equipos de orientación escolar	Que la educación sea integral (aspectos emocionales, biológicos, culturales) Que sea sistemática, tarea permanente de las escuelas no como campañas o momentos puntuales Tiene enfoque de género Prevenir los problemas de salud sexual y reproductiva
CHACO Subsecretaría de Adolescencia, Niñez y Familia	Aplicar la ley 7.162 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes	Adicciones. Alta deserción escolar por múltiples causas: la falta de acceso, familiar, no tuvieron acceso nunca en su vida a determinados niveles de educación y consiguientemente que no es importante la asistencia del menor a una educación. Embarazo Adolescente. Debilidad de los vínculos familiares: fortalecimiento de los vínculos de responsabilidad parental.	Es urgente tratar la responsabilidad parental y es necesario el fortalecimiento de los vínculos.
CHACO Secretario de Derechos Humanos	Construir políticas públicas tendientes a lograr un cumplimiento efectivo de los derechos humanos.	Adicciones, y su derivación en actos delictivos. Embarazo adolescente: la promoción de las campañas deben ser permanentes, campañas de salud sexual y reproductiva. Suicidio adolescente.	Se sostiene la idea que las adicciones son tratadas como un problema de seguridad, como asuntos sociales, "como si fuese un enemigo público" lo cual se plantea que debería ser tratada apuntando al esparcimiento.

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

CHACO Subsecretario de Educación	Orientar y coordinar las distintas acciones de las direcciones que dependen de la subsecretaría. Garantizar y mejorar el acceso a la educación de calidad.	Deserción escolar, desgranamiento escolar. Dentro de salud adolescente: Dificultad para acceder a atención médica en el interior dificulta la calidad de vida de los adolescentes. Consumo de alcohol y drogadicción.	El suicidio adolescente no es preocupante en provincia. El embarazo adolescente no es considerado un asunto primordial en comparación con otros problemas, como por ejemplo las adicciones.
JUJUY Secretaría de Niñez y Adolescencia, Ministerio de Desarrollo Humano	Armar un sistema de protección ante situaciones de vulneración específica de niños y adolescentes. Que la sociedad entienda que no se tienen que respetar sus derechos sobre educación, salud, vivienda, justicia, sino el derecho humano específico que tienen por su grupo de desarrollo siendo niños y adolescentes	Consumo de sustancias tóxicas, suicidio, autoflagelación, embarazo adolescente	Hay que eliminar el asistencialismo,
LA RIOJA Coordinador de Niñez y Adolescencia. Ministerio de desarrollo social.	Adopta y ejecuta las medidas de protección y/o excepcionales establecidas en la Ley N° 8848 es la que ratifica la Ley Nacional N° 26061	Las más preocupantes son el abuso sexual (en el mes de septiembre hubo 53 casos), las adicciones (40 casos en septiembre), también la falta de proyecto de vida, la exclusión por parte de la familia y la sociedad, los intentos de suicidio, niños en situación de calle, trabajo infantil, problemáticas escolares, violencia familiar, embarazo adolescente (15 casos en septiembre), entre otros.	La falta de compromiso que existe en la sociedad y la mirada desinteresada por parte de las instituciones públicas o privadas. Los embarazos adolescentes y las adicciones se han naturalizado.
LA RIOJA Secretario de Derechos Humanos	Promover, por un lado los derechos humanos consagrados en las leyes de la Constitución Nacional y Provincial y todas las Convenciones Internacionales, como también intervenir en la protección y restitución de estos derechos	Violencia institucional. Considera que otras problemáticas significativas son las adicciones, el embarazo adolescente y el suicidio	Considera que como órgano se encuentra en una constante colisión con otras áreas de Gobierno, no tiene facultades por ahí para ir a pedir soluciones a otros Ministerios.
LA RIOJA Supervisora del Medio. Ministerio de Educación	Trabajar en forma conjunta y sistémica a los efectos de mejorar las fallas que detectamos en los adolescentes.	Embarazos juveniles, deserción estudiantil por el motivo antes mencionado luego de la pobreza, sobre todo en las escuelas de los alrededores, adicciones y suicidio	La pobreza es el problema más acuciante y el más poco acompañado familiar que tienen los adolescentes
LA RIOJA Director general de Promoción deportiva de la UDELAR de centros culturales y sociales	Promocionar el deporte en diferentes áreas culturales y sociales (Superdomo, Autodromo, Paseo Cultural, Estadio de Vargas)	Drogadicción, el embarazo, la falta de proyecto de vida y el suicidio.	El deporte es la herramienta fundamental para sacar a los chicos de las adicciones y de diversas problemáticas,
SENAF MISIONES	Articular con todos los programas del Centro de Referencia en Misiones entre la provincia y nación. Funcionan como una mesa de trabajo horizontal que articula las actividades de la Secretaría Nacional de Adolescencia y Familia. Manejan herramientas de promoción, de prevención, de seguimiento, de asistencia de casos, en articulación con otras instituciones.	Bullying en las escuelas, violencia entre los mismos chicos dentro del ámbito escolar, fuera también, el embarazo adolescente y las adicciones por el tema de la zona limítrofe, entre Brasil y Paraguay donde el narcotráfico es muy activo entre un país y otro.	Está presente la concepción de la protección de los derechos de los N,NyA. Creencia que las intervenciones tienen que adaptarse a distintas realidades territoriales, urbanas, rurales
MISIONES Dirección de Niñez y Adolescencia	Promoción, protección y restitución de derechos de niños/as y adolescentes y sus familias. En ese marco se trabaja sobre difusión/promoción, capacitaciones y restitución de derechos.	Embarazo adolescente, es preocupante en las niñas (10, 11, 12 años). Abuso. Adicciones. Deserción escolar	Idea de que las instituciones están atadas a un modo de abordaje con los adolescentes que es obsoleto, o los rechaza en lugar de contenerlos
MISIONES Dirección de Enseñanza Media	Brindar asesoramiento a los Directivos y docentes. Acompañar a los alumnos para que permanezcan y concluyan la secundaria	Violencia entre alumnos y hacia los profesores, que a su entender son casos aislados	Su rol está focalizado en la dimensión que hace a la asistencia a Directivos y docentes. Las problemáticas que hacen a los adolescentes cómo abordarlas están fuera de su espectro

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

			toman carácter cuando suceden en el ámbito escolar.
Programa salud indígena Mi	Velar por la salud de las comunidades Mbyá Guaraní de la provincia, también resguardar y hacer que se cumplan los derechos de la salud población indígena en cualquiera de los ámbitos y dentro del servicio de salud que se presta en la provincia. También es el referente de salvaguarda indígena de FESP y de un nuevo programa nacional para aborígenes en desarrollo	La principal problemática señalada son las adicciones, fundamentalmente alcohol, también se están dando casos puntuales de consumo de cocaína y pasta base. El embarazo adolescente, visto desde la óptica del aborigen en realidad no es un problema, es lo normal, lo esperable. diferencia de otras culturas aborígenes en que el suicidio es una vía de resolución honrar la familia por ejemplo, en la cultura guaraní no es una práctica habitual. En los últimos años se detectaron casos aislados.	La definición de adolescencia no es algo que está relacionada a la cultura Mbyá guaraní ni a otras culturas indígenas. No está contemplada esa transición de la adolescencia en sus costumbres en su cultura, por eso muchas veces no se entienden determinadas acciones.
SALTA Director de Formación Promoción de Derechos Humanos	Promueve y capacita sobre derechos humanos	Violencia y consumo problemático de sustancias.	Promueve la prevención mediante la capacitación en los derechos humanos.
SALTA Directora de Niñez y Familia	Abordaje de niños, niñas y adolescente hasta los 18 años, desde la prevención, promoción y restitución de derechos.	Adicciones, Violencia familiar. Abuso sexual. Embarazo adolescente. Fuga de hogar (de las familias).	Discurso de derechos
SALTA Subsecretaria de Justicia Penal Juvenil	Atención y contención de jóvenes en conflicto con la ley penal	Adicciones, Violencia, Embarazo adolescente	Discurso de los derechos, señala que su área encuentra en transición.
SALTA Director General de Educación Media	Contribuir a las políticas educativas en el nivel medio.	Abandono escolar. Violencia dentro y fuera de las instituciones. Violencia de género. Adicciones. Desorientación respecto al futuro. Embarazo adolescente.	Sensibilidad y conocimiento sobre la problemática de salud del adolescente. Aboga por que se incorpore esta mirada a las iniciativas.
SALTA Secretario de Deportes	Promoción y apoyo del deporte, la recreación y las actividades físicas	Adicciones, violencia	Visión del deporte como un factor de contención social.

CUADRO 4.9 OTROS MINISTERIOS

Actor	Modos de abordaje e intervenciones	Trabajo intersectorial	Resultados
Nación SENAF	Foros juveniles, Mesas de trabajo Consejos federales: representantes elegidos por las provincias (puede ser ministro, director del área) temas que se proponen para discutir con las provincias	Articulan con Ministerio de Justicia, Educación, DDHH, Trabajo (trabajo infantil), I salud sexual y reproductiva. Trabajan con ONGS y organizaciones. Se las escucha mucho porque las ONGs en algunas provincias hacen mucho trabajo y tienen mucha convocatoria	Toman datos de diferentes políticas públicas monitoreo interno propio. Construyen indicadores a partir del Siempre e Indec. Relevamiento de lo que hacen los órganos de aplicación de la ley en cada provincia.
Dirección Nacional de Atención a Grupos en situación de vulnerabilidad social Secretaría de DDHH, Ministerio de Justicia y	Monitoreo de los institutos de encierro Nos piden sobre acoso escolar y bullying, estamos proponiendo a esta dirección trabajar como eje el derecho del adolescente a ser escuchado porque mucho que ver con la participación. Dar charlas en escuelas de bullying, grooming, acoso sexual, se está trabajando	Entiende que debe ser integral, pero actualmente no articulan ni participan en meetings interministeriales con otros actores. La Secretaría estuvo sin objetivos claros mucho tiempo. Reordenamiento	No producen actualmente ni estadísticas ni materiales
Programa de Educación Sexual Integral (ESI), Ministerio de Educación	Fortalecimiento de los equipos técnicos provinciales Formación docente, presencial y virtual Producción de materiales para trabajar con los docentes y de difusión Están revisando y ampliando sus materiales para incluir a la población trabajadora Capacitaciones que modificaran fuertemente las ideas previas que traían docentes, mitos, ideas erróneas, prejuicios. Replicación de capacitaciones para trabajar en embarazo, maternidad y paternidad, quieren incluir violencia contra las mujeres, discriminación por orientación sexual.	Trato directo con las organizaciones feministas y la diversidad sexual, también con escuelas franciscanas y evangélicas, gremios docentes, colectivos de educación popular, de promoción de derechos de jóvenes Las universidades se han vuelto fuertes aliadas de la ESI, no sólo por sus investigaciones sino en la ampliación de la oferta de capacitaciones desde sus conocimientos académicos. Los gremios también ayudaron a promover la ESI y distribuyeron a lugares que no hubiéramos llegado	Informes de evaluación no tienen, si de gestión modo de balance. Hicieron investigaciones en 2010 de tipo exploratoria en tres provincias entre 2014-2015 en ver qué efectos habían tenido las capacitaciones que habíamos brindado en jornadas de tres días que luego replicaban los docentes en sus provincias con financiamiento externo (UNICEF).
CHACO Subsecretaría de Adolescencia, Niñez y Familia	Charlas y jornadas sobre diferentes temáticas como respuestas a las demandas de las escuelas. Mantenimiento de Centros Integradores de Fortalecimiento Familiar. Creación y mantenimiento de Residencias Juveniles Hogares de Día: espacios de contención y acompañamiento a adolescentes con diferentes problemáticas. Acompañamiento en casos de adolescentes con problemas de adicción y articulación con el Área de Salud Mental. Creación de espacios de recreación y prácticas deportivas. Sostentamiento de comedores comunitarios en articulación con diferentes actores (por ej. Parroquias.)	Fortalecimiento de los vínculos parentales e inserción comunitaria. Planificación de intervenciones a partir del trabajo con redes comunitarias. Trabajo interdisciplinario	
CHACO Secretario de Derechos Humanos	No posee políticas específicas para adolescentes. Se trabaja a partir de programas y problemáticas que se abordan desde la formación de formadores. No poseen políticas específicas destinadas para adolescentes Programas sobre acoso en la escuela y violencia en el noviazgo. Charlas y talleres sobre diferentes temáticas.		
CHACO Subsecretario de Educación	Programa para que adolescentes madres puedan continuar sus estudios. Programa docentes tutores que asisten a los hospitales a brindar clases,	Trabajo articulado entre Educación y Salud, desde el Programa de Salud Adolescente Trabajo en conjunto con el SIAPA. Asesorías en Salud en más regiones de la provincia Charlas sobre la promoción de la salud.	

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

	fin de que los niños y adolescentes internados, por diferentes razones, no pierdan el año escolar.		
JUJUY Secretaría de Niñez y Adolescencia, Ministerio de Desarrollo Humano	Mesas de trabajo barriales, Talleres de promoción de derechos, Foros con adolescentes, Capacitaciones, becas (deportivas, de capacitación laboral) Kermes, Patronales	Ministerios y de Salud, Justicia, Deporte	Realizar actividades en los barrios los doce meses del año, no una vez al año. No judicializar los casos que no son necesarios, sino buscar otras alternativas que no afecten tanto al adolescente
LA RIOJA Coordinador general de Niñez y Adolescencia, Ministerio de Desarrollo Social.	Las acciones se vinculan al marco normativo tanto provincial como nacional, son el organismo que realiza la ejecución de medidas de protección y excepcionales.	El Gobierno provincial ha establecido un trabajo de articulación a través de diferentes Ministerios y Direcciones para desarrollar las medidas requeridas	Los resultados que obtuvieron son a través de intervenciones, los califican de buenos
LA RIOJA Secretario de Derechos Humanos	Capacitaciones, promoción y articulación cuando es el momento de establecer una acción de protección.	Trabajan intersectorialmente con Fiscalía, con la Dirección General de Niñez y Adolescencia, Secretaría de la Mujer, con la Unidad de Trata, con la Subsecretaría de Desarrollo Humano y Familia, Educación	
LA RIOJA Supervisora del nivel medio, ministerio de Educación	Las acciones se llevan a cabo teniendo en cuenta la zona donde se ubican las problemáticas. En los profesores es fundamental que aborden temas vinculados a las demandas de los adolescentes.	No trabajan intersectorialmente, solo se vinculan para realizar algún aporte.	Los resultados son buenos y han logrado cubrir en todas las escuelas trabajando con contenidos que hacen a esta problemática
LA RIOJA Director general de promoción deportiva de la unidad de centros culturales sociales	Están trabajando en campeonatos infantiles, eventos con algunos futbolistas de primera división y algunos deportistas que traen de Buenos Aires a fin de que los jóvenes los tomen como ejemplo	Trabajo intersectorial con la Secretaría de Adicciones, Poder Legislativo y la gobernación. También se trabajó con la Fundación Ramón Carrillo, con el Área de Discapacidad y con el Concejo Deliberante donde se han realizado diferentes actividades.	Califica cada una de las intervenciones de muy positiva
SENAF MISIONES	Campañas de promoción, sensibilización y prevención. Talleres. Mención especial merece un Foro que hacen una vez al año, organizado totalmente por la SENAF, al que convocan alrededor de 300 chicos de toda la provincia, este año trabajaron sobre 3 ejes importantes: violencia, participación y salud sexual y reproductiva. El foro les sirve como herramienta para planificar en base a emergencias	No cuentan con presupuesto propio, por lo cual el abordaje lo realizan a través de alianzas o articulaciones con otras instituciones. Articulación con la Entidad Binacional Yacyretá, Ministerio de Salud a través del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Efectores de Salud (consejerías), Escuelas y ONG (Defender la Vida, Reto, entre las mencionadas)	Los resultados están vinculados con las alianzas estratégicas que desarrollan con otras instituciones que se producen en el plano informal (con las más cercanas) y no desde el plano formal
MISIONES Dirección de Niñez y adolescencia	Restitución de derechos, documentación, niños en situación de calle, apoyo escolar para evitar la deserción, adolescentes en conflicto con la ley penal, Capacitaciones a otras instituciones - municipalidades, asociaciones civiles docentes- sobre como identificar adolescentes en conflicto (junto con ONG Defender la vida)	Articulación consolidada con el Poder Judicial. Proyecto colaborativo con la ONG Defender la vida, para capacitaciones en el interior de la provincia. Algunas acciones puntuales con el Ministerio de Educación y de Salud	Los resultados están atados a las alianzas estratégicas no orgánicas sino personales que puedan hacer.
Misiones Dirección de Enseñanza Media	Los abordajes son en relación a la protección de los docentes y los directivos. Acompañamiento al docente y directivo: necesidades edilicias, pedagógicas, elementos que les estén faltando. No logra transmitir que se estén realizando acciones concretas. Se habla de una planificación que aún está en marcha	Se trabaja en conjunto con el Ministerio de Educación	No manejan indicadores para medir resultados
Programa salud indígena Misiones	Se brinda asistencia, controles de salud, se hacen derivaciones. Se trabaja en red con equipos que recorren las aldeas con cierta periodicidad. Se trabaja un equipo conformado en red. La Dirección cuenta con un staff de promotores	Esta Dirección afirma que siempre trabajó sola, por incompatibilidades con otros funcionarios que se ocupan del tema indígena en otras carteras	No cuenta con un sistema de evaluación. Ha intentado por reorganizar el trabajo de los promotores y médicos que asisten a los

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

	(agentes sanitarios) pertenecientes a cada comunidad que son el vínculo la comunidad y los equipos de salud.		aborígenes en tanto se detecta subregistro o registro.
SALTA Director de Form y Promoción de DDHH	Capacitaciones y talleres	Coordina acciones con otros Ministerios, como Educación, Salud, Seguridad, Turismo. También con los municipios y barrios.	Reconocimiento como una referencia en el área de promoción de derecho
SALTA Directora de Niñez y Familia	Frente al caso de derechos vulnerados, se establecen estrategias de abordaje. Si es grave, se inicia medidas de protección.	Articula con otros ministerios, con los municipios, con el Poder Judicial.	
SALTA Subsecretaria de Justicia Penal Juvenil	Inserción socio educativa de jóvenes con la ley penal (16-18 años, reconstrucción de vida que hay chicos de 14 años)	Articula con algunas áreas de Adicciones, fundaciones, ONGs y universidad.	Ve avances en la especialización de la justicia penal juvenil.
SALTA Director General Educación Media	Articula acciones en temas de adicciones, suicidios y embarazos adolescentes. Refiere que son problemáticas asociadas al abandono escolar.	Ministerio de Salud. Mesas interministeriales. Municipales. Seguridad, Justicia, Derechos Humanos.	Valora el programa de educación sexual, pide que llegue a toda la provincia.
SALTA Secretario de Deportes	Deporte como actividad de integración social y de valores que contiene a los adolescentes	Ministerio de Educación, Social, Seguridad, Derechos Humanos, Clubes y Asociaciones de Barrio	Señala que las actividades sociales tienen un impacto en la provincia.

6- Conclusiones

El desarrollo del presente trabajo deja varias enseñanzas sobre la situación de salud de los y las adolescentes en las cinco provincias escogidas del norte argentino, y particularmente sobre la organización de la estructura de protección institucional de la salud para este grupo etareo.

Algunas de estas enseñanzas buscan especificar las necesidades emergentes de los/as jóvenes, y colocarlas en su contexto territorial, según la mirada de los hacedores de política. Otras hablan de la eficacia (o no) del sistema de salud para abordar esas necesidades. Un tercer grupo de enseñanzas indica que no solamente se requiere mayor información sobre lo que se necesita y sobre lo que se implementa, sino también sobre las valoraciones de las/os adolescentes y sus entornos, y de los/as trabajadoras/es de la salud sobre lo que es importante abordar.

En esta dirección el trabajo se involucra en algunas temáticas particulares, altamente controversiales, sobre que son las “problemáticas adolescentes”. Mientras se construye un consenso sobre la particularidad de la adolescencia como período de cuidado en el ciclo vital, el umbral entre niñez y adultez se ve cruzado por la cultura y las costumbres. El relato jujeño sobre el desarrollo psico-social del/la adolescente y su inserción en el ámbito del trabajo informal, e incluso en la vida conyugal, refleja las tensiones entre lógicas diferentes y la necesidad de una discusión (y resolución) legal y sanitaria.

No sólo entre provincias, sino entre regiones de una misma jurisdicción se resaltan o minimizan fenómenos emergentes de la agenda adolescente. Salvo en el caso del consumo de alcohol, los fenómenos de violencia, embarazo y adicciones ofrecen diferencias sustanciales entre provincias. Ello no solo se verifica en este trabajo, sino a lo largo de toda la obra, analizando las opiniones de las y los adolescentes y comparando -cuando la información lo permite- la data existente en 2011 y 2016.

Asimismo, el documento identifica dos lecturas sobre la situación de la salud adolescente. La primera de ellas, tradicional, se origina en la detección de la adolescencia como edad con bajo riesgo epidemiológico, aprendizaje y cambio de hábitos. Para muchos, un espacio de oportunidad para desarrollar conductas saludables que permitan un ciclo vital más pleno. Más aún, se verifica una valoración de este tramo atareo más allá de las particularidades de sus requerimientos de salud, en tanto “espacio de oportunidades”.

Desde esta lectura se han escrito múltiples ensayos y textos institucionales procurando subrayar que el tránsito adolescente no coincide necesariamente con los requerimientos del/la niño/a pero tampoco con el del adulto/a, y en base a ello, una concepción especial, integral de cuidado debe recrearse, con una mirada de sujeto de derecho.

Los testimonios volcados en este documento no hacen más que reforzar, con particularidades, esta perspectiva, abundando en anécdotas, requerimientos de mayor atención, y enunciación de brechas entre la realidad observable y el “debe ser”. El reclamo por mayores recursos económicos, de personal médico, profesional y de apoyo capacitado y

específicamente formado en temáticas adolescentes constituye una constante en todos los ámbitos visitados.

Una segunda lectura es que la realidad observada en el mundo adolescente es un emergente del contexto social. El consumo de alcohol como norma, el aumento en el uso de drogas, el mayor riesgo de abandono escolar, el surgimiento de riesgos psicosociales (depresión, violencia tanto familiar, como escolar y auto-infringida), muestra una acumulación de vulnerabilidades, y la ausencia en la toma de responsabilidades, tanto propias como colectivas.

La recolección de opiniones y experiencias de gestión muestran que no existe una estrategia en salud adolescente en el país, aunque sí abordajes planificados aislados, en algunos programas nacionales, o en algunas iniciativas específicas en las provincias. Ello no implica necesariamente falta de compromiso. Como se planteó en la sección misionera -aunque puede reproducirse en otras provincias- existen funcionarios con poder y sin capacidad de respuesta, como también referentes con capacidad de respuesta y sin poder de decisión. Esto no sorprende al/la estudioso/a del sistema de salud argentino: las redes sanitarias no están protocolizadas, el primer nivel de atención es subestimado y no logra coordinar su accionar con el sistema hospitalario, y los mecanismos de referencia y contra-referencia no se apoyan en estructuras formales, sino en la informalidad que sostiene el funcionamiento sistémico.

Claramente, la alta rotación de funcionarios/as agudiza el desafío, en tanto la coordinación informal descansa en vínculos individuales, que requieren recomponerse en cada cambio de responsables. En algunos casos, como el riojano, ello atenta fuertemente contra la formalización de un plan de atención -no solo de salud adolescente-. En otros, la presencia de una “clase dirigente sanitaria” establecida -como en la realidad salteña- reduce, aunque no suprime, esta fragilidad.

Si el escenario de salud adolescente cuenta con referentes por territorio, por grupo etareo y por temática vertical, todos/as ellas/os no vinculadas formalmente en el organigrama de los centros de salud y los hospitales, la posibilidad de coordinar es principalmente informal. Cada programa “baja” por separado, no cuentan con agenda conjunta, carecen de un diagnóstico de determinantes y factores de riesgo, y en muchas ocasiones incluso no dispone de información demográfica y epidemiológica básica.

De este modo, las acciones -en ocasiones sustentadas en la escasa evidencia disponible- de unos programas se sobreimprimen con otras, y la falta de institucionalidad, presupuesto, y capacidad de decisión opacan la acción pública. Sin una coordinación entre direcciones, programas y secretarías, es comprensible el desaliento, y la alternativa de “trabajar a demanda”, organizando talleres y facilitando insumos como mecanismo para sortear fallas estructurales.

A ello debe sumarse que buena parte de estas políticas -más allá de su calidad en diseño- descansan en la ejecución de un grupo heterogéneo de profesionales y agentes de salud, con particularidades en su concepción del cuidado, en la necesidad de considerar diferencias

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

culturales, con conflictos de objeción de conciencia, con miradas antagónicas sobre el y la adolescente como sujeto de derecho.

Es aquí donde los resultados observados en salud adolescente muestran ser los esperados: si aún no existe un acuerdo sobre el concepto de adolescencia como grupo específico de cuidado; si aún no se observa un consenso en el accionar cotidiano sobre la y el adolescente como interlocutores sujeto de derecho, con voz y responsabilidades sobre su salud; si la verticalidad de programas y sus recursos asociados no se acompañan con un diseño estratégico común, el adolescente “es un problema” y no es posible contar con un objetivo sanitario concreto, que permitan gestionar actividades comunes y sistemáticas.

Sobre esa base, cada institución y cada funcionario/a, procura consolidar un programa, sabiendo su fragilidad, y a partir de ello lo ejecuta, con más o menos conocimiento sobre la realidad del contexto, con menos o mucha menos información de la que querría disponer para tomar decisiones. Pero sin abandonar, porque ello implicaría reconocer la oportunidad perdida.

Si a ello se agrega la descentralización provincial del financiamiento, del diseño y de la gestión de los programas, el mapa nacional se vuelve particularmente desafiante. Las/os funcionarias/os provinciales descansan en sus pares en el Ministerio Nacional de Salud para cubrir las brechas de requerimientos no disponibles en sus jurisdicciones, especialmente insumos, folletos, equipamiento, anticonceptivos, o recursos frescos de gestión. Cambios en sus referentes nacionales (Programas de Adolescencia, Salud Reproductiva, Salud Mental, Sumar) constituyen factores de riesgo para la gestión provincial.

Los resultados sanitarios por lo tanto, son producto no sólo de la complejidad del contexto - de por sí extremadamente desafiante-, sino de la “envolvente” de todas las intervenciones de política, cada una de ellas con diferentes marcos ideológicos, objetivos, capacidades de negociación, disponibilidad de recursos, y oportunidad de interacción con el primer nivel. Algunas de estas intervenciones no sólo no son complementarias, sino que se contradicen, se resisten y se anulan entre sí, con un costo en términos de resultados de salud, y también en motivación de sus ejecutores/as.

La necesidad de rediscutir la estructura del sistema de salud argentino, y particularmente de su sub-sistema público en el marco de un modelo de cobertura universal es prioritario. Sin embargo, en políticas sanitarias en adolescencia es necesario establecer una secuencia: consultar a los jóvenes, diseñar una estrategia concreta de cobertura basadas en derechos, consensuar planes de implementación viables identificando necesidades críticas, formalizar las acciones de cada actor interviniente, generar espacios institucionalizados de coordinación en la acción y establecer un mapa de indicadores de seguimiento que permitan evaluar las brechas entre lo planificado y lo ejecutado.

7- Referencias

AAVV, Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad (2012), documento producido por el Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF

Bearinger, L.H., et al., *Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential*. Lancet, 2007. 369(9568): p. 1220-31.

Benjet, C. (2010) Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence, characteristics, and mental health consequences. *Curr Opin Psychiatry*. 2010 Jul;23(4):356-62. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833ad79b

Berredo de Toledo, L. Dificultades Administrativas Enfrentadas por las Personas Trans en la Región Metropolitana de Chile. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2011. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/2188>

Bunge, Eduardo L.; Maglio, Ana L.; Carrea, Gabriela; Entenberg, Guido Satisfacción y Tipo de Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 14, núm. 1, 2016, pp. 401-415 Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Manizales, Colombia Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77344439027>

Castañeda Sánchez, O.; Rocha- Díaz, JC; Ramos-Aispuro, MG. Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 10, núm. 1, enero-marzo, 2008, pp. 7-11. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. México, Organismo Internacional Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50713090003>

Cháves, Mariana. Juventud negada y negativizada: Representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea. *Ultima década*. [online]. 2005, vol.13, n.23 pp.09-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362005000200002&lng=es&nrm=iso ISSN 0718-2236. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362005000200002>.

De Jesús-Reyes, David; Menkes-Bancet, Catherine; Meza-Palmeros, José Alejandro Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México *Población y Salud en Mesoamérica*, vol. 13, núm. 2, enero-julio, 2016, pp. 1-22 Universidad de Costa Rica San José, Costa Rica. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44643207004>

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

Haas A, Eliason M, Mays V, Mathy R, Cochran S, Clayton P, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal Of Homosexuality* 2011; 58 (1): 10-51.

Kieling, Christian, Helen Baker-Henningham, Myron Belfer, Gabriella Conti, Ilgi Ertem, Olayinka Omigbodun, Luis Augusto Rohde, Shoba Srinath, Nurper Ulkuer, Atif Rahman Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action *Lancet* 2011; 378: 1515-25 Published Online October 17, 2011 DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60827-1

Lobstein, Tim, Rachel Jackson-Leach, Marjory L Moodie, Kevin D Hall, Steven L Gortmaker, Boyd A Swinburn, W Philip T James, Youfa Wang, Klim McPherson Child and adolescent obesity: part of a bigger picture www.thelancet.com Published online February 18, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)

Lo, WS, Ho, SY, Mak, KK, Wong, YM, Lai, YK, and Lam, TH. Prospective effects of weight perception and weight comments on psychological health among Chinese adolescents. *Acta Paediatr.* 2009

Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA.* 2014 Feb 26;311(8):806-14. doi: 10.1001/jama.2014.732.

Patel, V., et al., *Mental health of young people: a global public-health challenge.* *Lancet*, 2007. 369(9569): p. 1302-13.

Patton, G.C. and R. Viner, *Pubertal transitions in health.* *Lancet*, 2007. 369(9567): p. 1130-9.

Peña F, Rodríguez J. Orientaciones generales de atención a niños, niñas y adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y trans para profesionales de la salud mental. Santiago: Fundación Todo Mejora; 2013.

Pineda C. Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: Estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2013; 42 (4): 333-49.

Pinilla G., Elvinia; Forero B., Clara M.; Valdivieso C., María C. Servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones (Bucaramanga, Colombia). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 27, núm. 2, mayo-agosto, 2009, pp. 164-168. Universidad de Antioquia Colombia

Pons, Diana; Queralt, Ana; Mars, Lidón; García-Merita, Marisa; Balaguer, Isabel Estudio cualitativo de las conductas de salud en la primera adolescencia *Revista Latinoamericana de*

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

Psicología, vol. 42, núm. 2, 2010, pp. 237-250 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515381006>

Sawyer, S.M., et al., *Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating*. Lancet, 2007. 369(9571): p. 1481-9.

Tomicic, Alemka, Gálvez, Constanza, Quiroz, Constanza, Martínez, Claudio, Fontbona, Jaime, Rodríguez, Juliana, Aguayo, Francisco, Rosenbaum, Catalina, Leyton, Fanny, & Lagazzi, Iside. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*, 144(6), 723-733. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>

Toumbourou, J.W., et al., *Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use*. Lancet, 2007. 369(9570): p. 1391-401.

Tylee, A., et al., *Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done?* Lancet, 2007. 369(9572): p. 1565-73

Anexo 1

Actores participantes

Mapeo Actores Nacionales

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud (en reemplazo de DINAMI- Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia de la Dra. Emilce Vera Benítez): Dra. Dora Saráchaga
Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia: Dr. Juan Carlos Escobar
Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: Dra. Gabriela Perrotta
Área Adolescencia Programa Sumar: Dra. Ana María Sala
Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones: Dr. Andrés Blake

Otros Ministerios

Programa de Educación Sexual Integral (ESI), Ministerio de Educación: Mirta Marina
Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia (SENAF), Ministerio de Desarrollo Social: Daniela Zulkovsky

ONG

RAJAP (Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos). Ref: Matías Muñoz
REDNAC (Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes para la salud sexual y reproductiva). Ref: Lucila Guiñazú
GRUPO FUSA: Directora Ejecutiva Dra. Sandra Vázquez
SAP (Sociedad Argentina de Pediatría): Dr. Daniel Rolón y Dr. Carlos Wahren

Provincia de Chaco

Dr. Lezcano, Gabriel - Director de Maternidad e Infancia.
Dra. Natalia Koslakowski - Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva.
Dra. Liliana Ensisa - Coordinadora del Programa de Salud Integral en la Adolescencia.
Dra. Silvana Maurel / Lic. Silvana Portela - SUMAR/ Coordinadora del área adolescencia.²⁷
Dra. Marcela Ramírez - Directora de Salud Mental y Adicciones .

Servicios de Salud

Dra. Andrea Mustafá - Directora del SIAPA (Servicio Integral Amigable para Adolescentes) / Sáenz Peña, Chaco.
Lic. Elba Sánchez - Consultorio de Salud Reproductiva del Hospital Pediátrico Dr. A. Castelán (Resistencia, Chaco).

Otros Ministerios

²⁷ La Dra. Maurel estuvo a cargo del SUMAR, hasta unos días antes de la entrevista. Por lo cual, la misma se realizó en conjunto con la actual responsable, la Lic. Silvana Portela.

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

Sr. Juan Carlos Arguello / Presidente - Prof. R. Montenegro / Área de coordinación del Instituto del Deporte Chaqueño.

Prof. Carlos Pereyra - Subsecretario de Educación.

Lic. Julieta Tayara - Subsecretaria de Adolescencia, Niñez y Familia.

Prof. Juan Carlos Goya - Secretario de Derechos Humanos.

ONGs

Tec. Adriana Godoy - Hogar de Día Residencia Padre Butiña.

Mg. Eugenia Garay - Observatorio de Niñez, Adolescencia y Familia.

Provincia de Jujuy

Director de Maternidad e Infancia: Dr. Antonio Buljubasich

Secretario de Salud Mental y Adicciones: Lic. José Manzur

Responsable del Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable: Dra. Claudia Castro

Responsable del Programa Adolescencia: E.S. Beatriz Helena Cerrizuela

Técnica Área Adolescencia Programa SUMAR: Lic. Roxana Zabala

Efactor Referente Segundo Nivel de Adolescencia en Salud Mental: Lic. Mónica Quiroga

Efactor referente de segundo nivel de adolescencia en medicina general. (Toxicología y clínica): Dra. Ximena Salinas

Ministerio de Desarrollo Humano de la provincia:

Secretaria de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Humano: Lic. Ana Rodríguez

Directora de Protección Integral de Niñez, Adolescencia y Familia: Gabriela Ferreira Jenks

Ministerio de Educación:

Responsable de Orientación al Adolescente Lic. Norma Beatriz Lambrisca

Provincia de La Rioja

Ministerio de Salud

Lic. Sandra Aguirre - Directora del Programa Provincial de Salud Integral en la Adolescencia.

Dr. Diego Romanazzi- Director Provincial de Salud Mental. Ministerio de salud

Dra. Miriam Toscano- Responsable de la Unidad de Salud de la Mujer, Género y Diversidad.

Dra. Roxana Carballo - Dirección de Materno-Infancia y Adolescencia.

Dra. Cristela Bozas -Coordinadora del Programa Sumar.

Servicios de Salud

Dra. Andrea Davico -Jefa de Servicio de Adolescencia Hospital Enrique Vera Barros

Otros Ministerios

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

Ab. Rodrigo Valls- Coordinador General de Niñez y Adolescencia. Ministerio Desarrollo Social.
Dr. Alberto Andalor- Secretaría de Adicciones. Gobierno de la provincia
Miguel Dinopulos -Director General de Promoción Deportiva de la Unidad de Centros Culturales y Sociales
María Elvira Quinteros- Supervisora del Nivel Medio. Ministerio de Educación.
Delfor Augusto Brizuela-Secretario de Derechos Humanos

ONGs

Lic. Verónica Bonanno- Fundación argentina de alimentos
Prof. Luciana Soria- Coordinadora de la Fundación “Vamos a andar”
Juan lucio chavero -Responsable Fazenda “virgen lourdes” del paraje el duraznillo
Gonzalo Alfredo Brizuela- Concejal. Artículo entrevista con el area de deporte

Provincia de Misiones

Ministerio de Salud

Dr. Walter Villalba, Ministro de Salud de la Provincia de Misiones
Sub. Mg. Alicia René Duarte, Subsecretaria Niñez, Adolescencia, Familia y Comunidad
Sub. Lic. Mariela Aguirre, Subsecretaria Prevención de Adicciones y Control de Drogas
Dr. German Britch, Dirección de Salud Mental
Dr. Fabián Borges Do Canto, Coord. de Programas de Maternidad e Infancia.
Lic. Norma Miño, Programa Salud Sexual y Procreación Responsable
Lic. Viviana Garro, Programa Salud Integral de la Adolescencia
Adrian Saldías, Programa Salud Indígena
Dra. Norma Benítez, Programa SUMAR

Servicios de Salud

Hospital de Fátima (Nivel II), Ref. Dra. Cecilia Roses
Hospital de Pediatría Dr. Ricardo Barreyro (Nivel III), Dra. Alicia Díaz

Otros Ministerios

Hernán Ortiz, Consejo General de Educación, Dirección de Enseñanza Secundaria
Lic. Ana Pereyra, Dir. Niñez, Adolescencia y Familia
Miguel Ángel López Vedoya, SeNAF

ONGs

Defender la Vida (Abordaje y prevención del Suicidio) Ref. Cristina Guillan
Fundación Brazos Abiertos (Educación), Ref. Magdalena Navajas Artaza

Provincia de Salta

Ministerio de Salud

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

Dra. Susana Velazco -Directora de Salud Materno.

Lic. Martin Teruel- Secretario de Adicciones.

Dra. Mariangeles Gorini - Supervisora de Salud Sexual y Reproductiva.

Lic. Karina Shnell - Supervisora de Salud Adolescente.

Lic. Laura López - Referente Área Adolescencia Sumar.

Servicios de Salud

Lic. Marcela Roldán. Centro de Salud (consultorio adolescente) Dra. Olivia Montiel.

Hospital Público Materno Infantil.

Otros Ministerios

Lic. Leonardo Ferrario. Ministerio de Educación.

Dr. Zenón González. Promoción y Formación Min. Derechos Humanos.

Lic. María Juncosa. Directora Penal Juvenil.

ONG.

Pía Ceballos. Gesir (grupo Geser, grupo por la diversidad sexual Salta, trabajo con adolescentes por el acceso a los derechos sexuales).

David Hidrobo (Asociación Manos, trabaja en temas de salud, adicciones, violencia con adolescentes)

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción

Usted ha sido seleccionado como actor clave involucrado en la problemática de salud adolescente en el sector público de salud, con el objeto de ser partícipe en una investigación sobre Políticas, Financiamiento y Estructura de los Programas de Salud Adolescente en Argentina.

La iniciativa se enmarca dentro de un Proyecto de Investigación llevado a cabo bajo la coordinación del Doctor Daniel Maceira, Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), y que cuenta con el financiamiento y apoyo de la Oficina de UNICEF en Argentina.

El propósito de esta investigación es generar evidencias sobre las características y el funcionamiento del sistema público de salud en Argentina que presta servicios a la población adolescente; y conocer la perspectiva de los usuarios adolescentes en relación a su estado de salud, necesidades en esta materia y la respuesta del sistema público.

Se espera que en este estudio participen, en carácter de voluntarios, los actores de los diferentes ámbitos relacionados a la salud adolescente de las provincias de Chaco, Jujuy, La Rioja, Misiones y Salta.

Si usted acepta participar en esta investigación, se le solicitará una entrevista personal sobre su conocimiento sobre políticas, financiamiento y estructura de iniciativas de salud adolescente llevadas a cabo en su jurisdicción.

El participar en este estudio le tomará aproximadamente cuarenta minutos reloj. La entrevista deberá ser grabada a fines de agilizar la labor del/a entrevistador/a.

Usted NO recibirá retribución monetaria o de otro tipo por su participación.

Riesgos y beneficios

Este estudio no presenta riesgos, beneficios, incomodidades o costos asociados a su persona.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su colaboración es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

documento. Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Firma y aclaración del encuestado
encuestador

Firma y aclaración del

Anexo 3

Questionarios Guía Mapeo de Actores

Mapeo de actores

Institución	Actor	Cantidad
Ministerio de Salud	1) Responsable de Maternidad e Infancia 2) Responsable de Salud Mental y Adicciones 3) Responsable de Salud Sexual y Reproductiva 4) Coordinador Programa Adolescencia 5) Coordinador Nacional Área Adolescencia Sumar	Máximo 5
Servicios de Salud	Efectores referentes de segundo nivel de adolescencia en toco	Máximo 2

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

	ginecología, salud mental, trabajo social o pediatría.	
Otros Ministerios	1-Ministerio de Educación: Responsable de educación media 2-Ministerio de Desarrollo social: Secretaria o Dirección de Niñez y Adolescencia. 4-Secretaría de DDHH y Adolescencia	Máximo 4
Organizaciones de la sociedad civil	ONGs que trabajen diferentes aspectos de los adolescentes y sean referentes a nivel provincial	Máximo 2

Cuestionarios guía

Ministerio de salud: Responsables de Área de Maternidad e Infancia, Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva

- 1) ¿Cómo definiría el objetivo general del programa / dirección?
- 2) ¿Dónde está ubicado en el organigrama ministerial / estatal?
- 3) ¿Cuales considera son las problemáticas de la población adolescente? ¿Cuáles son las más preocupantes? ¿En qué medida afectan a esta población (solicitar si conoce indicadores de magnitud, estadísticas, etc.)?
- 4) (Si no salen mencionados anteriormente) ¿Considera que el embarazo adolescente, las adicciones (alcoholismo) y el suicidio son problemáticas de los adolescentes en su provincia? ¿En qué medida afectan a esta población (solicitar si conoce indicadores de magnitud, estadísticas, etc.)?
- 5) ¿Cuál es el rol de su institución en el abordaje de la salud de los adolescentes?
- 6) ¿Qué temas y problemáticas trabajan? ¿Desde qué año comenzaron a trabajarlas?
- 7) ¿Cuál fue la motivación (signos detectados) para dar inicio a la intervención sobre estos temas?
- 8) ¿Cuáles son las intervenciones concretas que realizan? (pedir especificaciones sobre actividades y acciones, población objetivo, modalidad utilizada, frecuencia, recursos utilizados. etc.)
- 9) ¿Cómo captan a la población objetivo?
- 10) ¿Se logra llegar a la mayor parte de la población afectada? ¿Cómo evalúa la cobertura? (en caso de que sea negativo) ¿A qué motivos lo atribuye?
- 11) En términos generales, ¿Cómo calificaría cada una de las intervenciones?
- 12) ¿Cuales tienen mejores resultados?
- 13) ¿Cuáles son las mayores limitaciones o dificultades para su implementación?
- 14) ¿Qué modificaciones realizaría?
- 15) ¿Qué otras intervenciones realizaría?
- 16) ¿Con qué recursos se cuenta? (\$, humanos, tiempo, espacio, etc.) ¿Los considera suficientes?
- 17) ¿Cómo se constituyen los equipo de trabajo? (con qué profesionales) ¿Los considera suficientes?
- 18) ¿Conoce si otras instituciones realizan intervenciones al respecto? ¿Cómo las evaluaría?
- 19) ¿Trabajan con otras organizaciones gubernamentales o no gubernamentales? ¿Cuáles? ¿Cómo? (Indagar sobre beneficios/problemas de esa articulación). ¿Qué apoyo adicional consideran necesario por parte del Estado?

20) ¿Qué actores considera son imprescindibles para abordar integralmente estas problemáticas?

Servicios de salud: Efectores de Primer y Segundo Nivel de Adolescencia en Tocoginecología, Salud Mental, Trabajo Social y Pediatría.

- 1) Desde su rol institucional, ¿Qué servicio presta?
- 2) ¿Existe en la institución algún servicio especial para la atención de los adolescentes? ¿Qué problemáticas atienden?
- 3) ¿Cuáles considera son las problemáticas de la población adolescente? ¿Qué estrategias de intervención realizan para abordarlas? ¿Cómo se han diseñado esas estrategias?
- 4) ¿Cuáles son las más preocupantes?
- 5) (Si no salen mencionados anteriormente) ¿Considera que el embarazo adolescente, las adicciones (alcoholismo) y el suicidio son problemáticas que atraviesan los/las adolescentes en su provincia?
- 6) ¿Existe algún programa o plan desde el Ministerio de Salud para el abordaje de la salud del adolescente?
- 7) ¿Recibe capacitaciones de algún tipo para el abordaje de estas problemáticas? ¿Sobre qué temas han recibido capacitaciones? ¿Quiénes o qué instituciones las han brindado?
- 8) En términos generales, ¿Cómo describiría y calificaría el servicio brindado a los adolescentes?
- 9) ¿Cuáles son las mayores limitaciones o dificultades para brindarlo?
- 10) ¿Qué modificaciones realizaría?
- 11) ¿Qué otras intervenciones realizaría?
- 12) ¿Considera que los recursos para realizar su tarea son suficientes? ¿Qué otros recursos incluiría? (Financiero, humano, etc.)
- 13) ¿Cómo se constituyen los equipos de trabajo? (con qué profesionales) ¿Los considera suficientes? ¿Cómo se deberían conformar estos equipos para que fueran exitosos?
- 14) ¿Cuáles son las principales barreras al acceso de los adolescentes a los servicios de salud? ¿Por qué? Estas barreras, ¿difieren si se trata de usuarios mujeres o de usuarios varones?
- 15) ¿Cuáles de ellas considera se relacionan con determinantes socioeconómicos?
- 16) ¿Cuáles considera e relacionan con cuestiones socioculturales o subjetivas?
- 17) ¿Cuáles están relacionadas con el propio hacer de las instituciones de salud?
- 18) ¿Conoce si otras instituciones u ONG realizan intervenciones al respecto? ¿Articula con ellas? ¿Cómo?

Otros Ministerios:

Educación: Responsable de educación media

Desarrollo social: Secretaría o Dirección de Niñez y Adolescencia

Deporte: Funcionarios a cargo de proyectos de tiempo libre y recreación.

- 1) ¿Cómo definiría el objetivo general del programa / dirección?
- 2) ¿Dónde está ubicado en el organigrama ministerial / estatal?
- 3) ¿Cuales considera son las problemáticas de la población adolescente? ¿Cuáles son las más preocupantes? ¿Por qué? ¿En qué medida afectan a esta población? (solicitar si conoce indicadores de magnitud, estadísticas, etc.).
- 4) (Si no salen mencionados anteriormente) ¿Considera que el embarazo adolescente, las adicciones (alcoholismo) y el suicidio son problemáticas que atraviesan los/las adolescentes en su provincia? ¿En qué medida afectan a esta población (solicitar si conoce indicadores de magnitud, estadísticas, etc.)?
- 5) ¿Cuál es el rol de su institución en el abordaje de la salud de los adolescentes?
- 6) ¿Qué temas y problemáticas trabajan? ¿Desde qué acciones y perspectivas? ¿Qué año comenzaron a trabajarlas?
- 7) ¿Cuál fue la motivación (signos detectados) para dar inicio a la intervención sobre estos temas?
- 8) ¿Cuáles son las intervenciones concretas que realizan? (pedir especificaciones sobre actividades y acciones, población objetivo, modalidad utilizada, frecuencia, recursos utilizados. etc.)
- 9) ¿Cómo captan a la población objetivo?
- 10) ¿Se logra llegar a la mayor parte de la población afectada? ¿Cómo evalúa la cobertura? (en caso de que sea negativo) ¿A qué motivos lo atribuye?
- 11) En términos generales, ¿Cómo calificaría cada una de las intervenciones?
- 12) ¿Cuales tienen mejores resultados?
- 13) ¿Cuáles son las mayores limitaciones o dificultades para su implementación?
- 14) ¿Qué otras intervenciones realizaría?
- 15) ¿Con qué recursos se cuenta? (\$, humanos, tiempo, espacio, etc.) ¿Los considera suficientes?
- 16) ¿Cómo se constituyen los equipo de trabajo? (con qué profesionales) ¿Los considera suficientes?
- 17) ¿Conoce si otras instituciones realizan intervenciones al respecto? ¿Cómo las evaluaría?

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

- 18) ¿Trabajan con otras organizaciones gubernamentales o no gubernamentales? ¿Cuáles? ¿Cómo? (Indagar sobre beneficios/problemas de esa articulación). ¿Qué apoyo adicional consideran necesario por parte del Estado?
- 19) ¿Qué actores considera son imprescindibles para abordar integralmente estas problemáticas?

Preguntas específicas para el Ministerio de Educación:

- 1) ¿Qué opinión tiene sobre el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI)?
- 2) ¿Se brinda educación sexual en las escuelas? ¿A partir de qué estrategias pedagógicas lo abordan?
- 3) ¿Cuál fue la respuesta que obtuvieron desde los docentes? ¿Y desde los padres de los/as alumnos/as?
- 4) ¿Qué resultados han obtenido en la provincia?
- 5) De acuerdo a su experiencia, ¿qué aspectos mejoraría de la ESI?

Organizaciones de la Sociedad Civil

- 1) ¿Cómo definiría el objetivo general de su organización?
- 2) ¿Cuáles considera son las problemáticas de la población adolescente? ¿Cuáles son las más preocupantes? ¿Por qué? ¿En qué medida afectan a esta población (solicitar si conoce indicadores de magnitud, estadísticas, etc.)?
- 3) (Si no salen mencionados anteriormente) ¿Considera que el embarazo adolescente, las adicciones (alcoholismo) y el suicidio son problemáticas que atraviesan los/as adolescentes en su provincia? ¿En qué medida afectan a esta población (solicitar si conoce indicadores de magnitud, estadísticas, etc.)?
- 4) ¿Cuál es el rol de su institución en el abordaje de la salud de los adolescentes?
- 5) ¿Qué temas y problemáticas trabajan? ¿Desde qué acciones y perspectivas? ¿Qué año comenzaron a trabajarlas?
- 6) ¿Cuál fue la motivación (signos detectados) para dar inicio a la intervención sobre estos temas?
- 7) ¿Cuáles son las intervenciones concretas que realizan? (pedir especificaciones sobre actividades y acciones, población objetivo, modalidad utilizada, frecuencia, recursos utilizados. etc.)
- 8) ¿Cómo captan a la población objetivo?
- 9) En términos generales, ¿Cómo calificaría cada una de las intervenciones?
- 10) ¿Cuales tienen mejores resultados?
- 11) ¿Cuáles son las mayores limitaciones o dificultades para su implementación?
- 12) ¿Qué modificaciones realizaría?
- 13) ¿Qué otras intervenciones realizaría?

Documentos de Trabajo CEDES 136/2018

- 14) ¿Con qué recursos se cuenta? (\$, humanos, tiempo, espacio, etc.) ¿Los considera suficientes?
- 15) ¿Conoce si otras instituciones realizan intervenciones al respecto? ¿Cómo las evaluaría?
- 16) ¿Trabajan con otras organizaciones gubernamentales o no gubernamentales? ¿Cuáles? ¿Cómo? (Indagar sobre beneficios/problemas de esa articulación). ¿Qué apoyo adicional consideran necesario por parte del Estado?
- 17) ¿Qué actores considera son imprescindibles para abordar integralmente estas problemáticas?