

Daniel Maceira²
Cintia Hasicic³
Milva Carlino⁴
Marcelo Ibarra⁵
Paola Marcos⁶
Damián Navarro⁷
Fernando Sadir⁸

¹El presente artículo resume parte de los hallazgos obtenidos por la investigación "Necesidades, Políticas y Estructura de los Programas de Salud Adolescente en el Norte Argentino: Chaco, Jujuy, Salta, La Rioja y Misiones", impulsada y financiada por UNICEF Argentina, y coordinada por Daniel Maceira desde el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Se agradece a los Ministerios de Salud, a las Direcciones de Escuelas y a los/as funcionarios de las áreas de Derechos Humanos y Desarrollo Social de las Provincias participantes por su colaboración que hizo posible esta investigación. Asimismo, se agradecen especialmente los aportes de Fernando Zingman y Julián Govea Basch. 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

²Ph.D. en Economía. Investigador Titular Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Independiente CONICET y Profesor Titular, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. Miembro del Consejo Directivo de Health Systems Global.

³Licenciada en Sociología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. Doctoranda en Ciencias Sociales (UNLP). Becaria IIGG-UBA-CONICET

⁴Licenciada en Ciencia Política, Docente e Investigadora Universidad Nacional de Misiones.

⁵Licenciado en Sociología y en Ciencias Políticas (Universidad de Buenos Aires). Master in Sociology, New School for Social Research (EEUU).

⁶Licenciada en Comunicación Social y Docente (Universidad Nacional de La Rioja). Diplomada en Redes Sanitarias, Universidad Nacional Arturo Jauretche.

⁷Profesor en Filosofía, Doctorando en Ciencias Sociales y Docente (Universidad Nacional del Nordeste). Becario CONICET.

⁸Lic. en Antropología. Docente-Investigador (Universidad Nacional de Jujuy). Doctorando Ciencias Sociales Universidad Nacional General Sarmiento.

SALUD ADOLESCENTE Y LA MIRADA DE LOS ACTORES INSTITUCIONALES EN CINCO PROVINCIAS DEL NORTE ARGENTINO. PARADIGMAS, PERCEPCIONES Y PROGRAMAS¹.

ADOLESCENT HEALTH AND THE LOOK OF INSTITUTIONAL ACTORS IN FIVE PROVINCES IN THE NORTH OF ARGENTINA. PARADIGMS, PERCEPTIONS AND PROGRAMS.

SAÚDE ADOLESCENTE E O OLHAR DOS ATORES INSTITUCIONAIS EM CINCO PROVÍNCIAS DO NORTE ARGENTINO. PARADIGMAS, PERCEPÇÕES E PROGRAMAS.

Resumen

Objetivo: Este artículo analiza las miradas de los diferentes funcionarios/as involucrados en las problemáticas de salud detectadas en la población adolescente, destacando las estrategias e intervenciones diseñadas para responder tales necesidades y cómo la gestión logra articularse para alcanzar los objetivos de política planteados. **Metodología:** Se diseñó un mapeo de actores común a las jurisdicciones analizadas (Chaco, Jujuy, Salta, Misiones y La Rioja), efectuándose entre 10 y 12 entrevistas por provincia, mediando consentimiento informado, entre los meses de octubre y noviembre de 2016. **Resultados:** 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, tanto desde algunos programas nacionales, o a través de algunas iniciativas específicas implementadas desde las provincias. Ello no implica necesariamente falta de compromiso de las/os funcionaras/os involucrados: la alta rotación agudiza el desafío, en tanto la coordinación informal descansa en vínculos individuales, que requieren recomponerse en cada cambio de responsable.

Trabajo recibido: 15 de marzo 2018.
Aprobado: 15 de febrero 2019.

Conclusiones: El estudio muestra la presencia de brechas en la mirada que lleva a identificar e implementar políticas para la adolescencia. Estas brechas se extienden desde el reconocimiento o no de un nuevo paradigma basado en sujetos de derecho, como también en su correlato real en acciones que muestren que tal paradigma es efectivamente reconocido y traducido en intenciones, conocimientos sobre su abordaje, y asignación de recursos consistentes con tales principios. Como resultante, se observa que no necesariamente existe una estrategia común en salud adolescente en el país, sino abordajes planificados aislados, con marcadas ausencias, particularmente relacionadas con el tratamiento de salud mental y adicciones.

Palabras clave: Servicios de Salud Adolescente- Políticas de Salud- Planificación Estratégica.

Abstract

Objective: This article analyzes the opinions of public servants involved in health problems concerning adolescents, focusing on the strategies and interventions designed to address such needs, and how they manage to articulate actions in order to achieve objectives. **Method:** A common mapping of actors was designed for the analyzed locations (Chaco, Jujuy, Salta, Misiones and La Rioja), 10-12 interviews were done in each province, prior informed consent, between October and November 2016. **Results:** The opinions gathered and management experiences show that there is no stated strategy in adolescent health in the country; however, there are isolated planned approaches as part of national programs, or through specific initiatives in the provinces. This does not necessarily imply lack of commitment from civil servants: their high turnover exacerbates the challenge; informal coordination relies on individual links, which require reorganization with every change of person in charge. **Conclusions:** The study shows gaps leading to identify and implement policies for adolescents. These gaps go from the recognition or not of a new paradigm based on persons of rights as well as its correlation with real actions showing that such paradigm is recognized and translated into concrete actions, knowledge transmission and consistent allocation of resources. As a result, it is observed that there is not a shared strategy regarding adolescence health in the country; instead we find non-coordinated and isolated approaches, with many gaps, particularly related to mental health and addictions.

Key words: Adolescent Health Services- Health Policies- Strategic Planning.

Resumo

O objetivo deste trabalho analisa os olhares dos diferentes funcionários / as envolvidos em problemas de saúde detectados na população adolescente, salientando as estratégias e intervenções desenhadas para acodir a tais necessidades e como a gestão consegue articular para atingir os objetivos políticos propostos. **Metodologia:** Desenhou-se um mapeamento de atores comuns às jurisdições analisadas (Chaco, Jujuy, Salta, Misiones e La Rioja), realizado entre 10 e 12 entrevistas por província foi projetado, após consentimento informado, entre os meses de outubro e novembro de 2016. **Os resultados :** A coleta de opiniões e experiências de gestão mostram que não existe uma estratégia sobre a saúde dos adolescentes no país, embora haja abordagens planejadas isoladamente bem de alguns programas nacionais como através de algumas iniciativas específicas implementadas a partir das províncias. Isto não implica necessariamente uma falta de compromisso dos/as funcionários/as envolvidos: a alta rotatividade alavanca o desafio, enquanto a coordenação informal repousa em vínculos individuais, que requerem se recompor a cada troca de responsáveis.

Conclusões: O estudo mostra a presença de lacunas no olhar que leva a identificar e imple-

mentar políticas para a adolescência. Essas lacunas se estendem desde o reconhecimento ou não de um novo paradigma baseado em sujeitos de direito, bem como em sua contraparte real em ações que mostrem que este paradigma é efetivamente reconhecido e traduzido em intenções, conhecimentos sobre a sua abordagem, e alocação de recursos consistentes com tais princípios. Como resultado, observa-se que não há necessariamente uma estratégia comum sobre a saúde dos adolescentes no país, mas abordagens planejadas isoladamente, com faltas marcadas, particularmente relacionados ao tratamento da saúde mental e adições.

Palavras chave: Serviços de Saúde do Adolescente - Políticas de Saúde - Planejamento Estratégico.

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 interlocutores provinciales y nacionales en la esfera sanitaria, el abordaje adolescente encuentra el concurso de referentes de los Ministerios de Educación, vinculados con salud escolar, y de otras áreas, como Desarrollo Social, Justicia y Derechos Humanos. En este artículo se propone abordar y analizar las miradas de los diferentes actores involucrados en las problemáticas detectadas en la población adolescente, destacando las estrategias e intervenciones diseñadas para responder tales necesidades, e indagando cómo la gestión logra articularse para alcanzar 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.

De este modo, las preguntas que guían esta investigación son las siguientes: ¿cómo identifican los funcionarios involucrados los problemas que atraviesa la población adolescente? ¿Es consistente la respuesta con las necesidades detectadas? ¿Existe coordinación entre actores? ¿Cuál es la mirada que tienen sobre los/as adolescentes? ¿Existe relación entre la función desempeñada y la mirada? ¿Existen variaciones locales al interior del país?

El objetivo último de este artículo es analizar las miradas de los diferentes funcionarios/as involucrados/as en las problemáticas de salud detectadas en la población adolescente, destacando las estrategias e intervenciones diseñadas para responder tales necesidades y cómo la gestión logra articularse para alcanzar los objetivos de política planteados.

Claves teóricas

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, para el período 2012-2016. Se prestó especial 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.

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 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 y 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) analizan las necesidades y las expectativas de los adolescentes varones en Colombia con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva. Su principal hallazgo es que los adolescentes varones aparecen invisibilizados en los servicios de salud sexual y reproductiva, aunque ellos consideran necesario contar con esta clase de servicios. Se señala también que en las instituciones de salud de Colombia se encontró que 95% del personal no ha recibido capacitación en salud sexual y 96% no tiene servicios independientes para hombres.

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)

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. 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 la adolescencia (Kieling, et al, 2011)

Explican que, en parte, esto pueda deberse a que este tipo de problemáticas no son consi-

deradas 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 y 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.

En el año 2003 el suicidio fue declarado como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud, posicionándolo en el octavo lugar entre las enfermedades con más años de vida perdidos al 2003 y en el lugar decimocuarto 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 evidencia un incremento considerable de la tasa de mortalidad por suicidio en jóvenes de 15 a 19 años de edad.

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. 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. 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.

Trastornos alimenticios

Los problemas alimenticios comunes en los/as 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.

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 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).

Material y Método

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, enfocándonos especialmente en las problemáticas sanitarias detectadas y las intervenciones concretas para abordarlas. Asimismo, se recurrió a las opiniones y valoraciones de funcionarios/os de áreas relevantes para el planteo de políticas de salud adolescente en el ámbito nacional.

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 sociosanitarias diferentes entre sí, pero rezagadas económicamente al comparárselas con el promedio 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. El muestreo fue intencional en base a los objetivos de la investigación, buscando heterogeneidad en los funcionarios que intervinieran, desde diferentes niveles de la administración pública, sobre diversas áreas programáticas (salud, educación, derechos humanos) de manera directa o indirecta en políticas de salud adolescente, manteniendo la consistencia de enfoque entre las provincias incluidas en la investigación. Las entrevistas duraron aproximadamente una hora reloj en base a un guión de preguntas, que fueron realizadas en los propios lugares de trabajo mediando un consentimiento informado, entre

los meses de octubre y noviembre de 2016.

El acceso a los entrevistados estuvo garantizado a través de la gestión de los referentes del Programa de Salud Adolescente de las provincias mencionadas, una vez aprobado el protocolo de investigación en los respectivos comités de ética de cada jurisdicción. 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. En el siguiente cuadro, detallamos los actores participantes del estudio:

Actor	Nación	Chaco	Jujuy	La Rioja	Misiones	Salta
Ministro de Salud					x	
Director/a Salud Materno Infantil	x ¹	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
Director/a de Educación Media		x	x	x	x	x
Referente Programa ESI	x					
Secretario/a de Deportes				x		

El procesamiento de datos se orientó hacia la construcción de categorías basadas en los datos empíricos con el apoyo del software ATLAS.ti. De esta manera, se codificó el material de las entrevistas transcritas en base a criterios categóricos teóricos y emergentes que permitieron comparar la información producida en los distintos territorios.

Resultados

A fin de organizar el análisis, se establecen tres grupos diferentes de actores según su responsabilidad (directa o indirecta) en la incidencia sobre políticas sanitarias para esta población específica:

1) Funcionarios/as de Programas responsables directos de la salud de la población adolescente (Ministro de Salud, Programa de Salud Integral de Adolescencia, Dirección

⁹El criterio de selección de las cinco provincias elegidas se basa en investigaciones previas (Maceira, 2012) sobre necesidades y acceso a los Servicios de Salud de la Población Adolescente en el Norte Argentino, a partir de la cual se estableció una red de contactos institucionales que contribuyeron en la factibilidad y continuidad de la presente investigación. En todos los casos, las provincias cuentan con una Dirección/Programa/Supervisión de Salud Adolescente con funcionamiento observable, articulado/a con el resto del sistema público de salud provincial, y con niveles observables de coordinación con el sistema educativo, que facilitaran la entrada en el trabajo de terreno en escuelas públicas de su provincia.

¹⁰Para la indagar sobre los objetivos de los programas, los problemas detectados en la población de referencia, las intervenciones propuestas y los recursos financieros y humanos para llevarlas a cabo, se diseñaron dos guiones de preguntas que orientaron la indagación. Un primer guión más específico para los actores vinculados directamente con la elaboración de políticas de salud adolescente (aquellos actores dependientes del Ministerio de Salud de cada provincia y Nacional) y otro guión para aplicar sobre actores relacionados indirectamente con el diseño e implementación de estas políticas (Ministerios de Educación, Desarrollo Social, Secretaría de Derechos Humanos).

¹¹En determinados territorios se presentaron algunas dificultades en 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.

¹²Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud (en reemplazo de DINAMI- Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia)

de Maternidad, Infancia y Adolescencia),

2) Funcionarios/as de Programas responsables de temáticas específicas abordadas (Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Salud Mental y Adicciones, Programa Sumar Área Adolescencia),

3) Otros funcionarios/as de Ministerios y dependencias involucradas indirectamente a la salud adolescente (Dirección de Educación Secundaria, Secretaría de Derechos Humanos, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF).

Funcionarios/as de Programas responsables directos de la salud de la población adolescente

Se establece cierto consenso entre los actores al indicar la existencia de diversos tipos de barreras que impiden al/a adolescente ejercer sus derechos de manera efectiva en los servicios de salud. Considerando la importancia relativa que adquieren las problemáticas de acuerdo a la provincia y al departamento analizado, sistemáticamente se señalan dificultades vinculadas con la estructura de funcionamiento del 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, entre otros factores.

Asimismo, gran parte de los/as entrevistados/as 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 uso 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 del embarazo en la adolescencia-; la deserción escolar y el bullying.

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

Por otra parte, persisten 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 ello no se desplaza la responsabilidad de los/as adultos en acompañar a los/as adolescentes, específicamente, en materia de salud y ejercicio de derechos; pero se identifican 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.

En relación a los modos de abordaje de las problemáticas de esta población, hay consenso en que debe ser integral, abarcando 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. Más allá de ello, se acepta que existe aún una brecha entre el enunciado y la gestión efectiva de estos postulados, no constituyéndose en un hecho generalizado en las provincias bajo estudio.

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 relación con la sensibilización y formación/actualización sobre marco normativo vigente. Estas instancias fueron ideadas para brindar herramientas teóricas, aunque 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).

Se enumera un abanico de las acciones de interacción con el/la adolescente, que incluyen principalmente las asesorías de salud en las escuelas. Capitalizando el espacio escolar, se introduce la articulación Salud-Educación consistente en que profesionales de los centros sanitarios se encuentren 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 aún de resultados.

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/as, que consiste en iniciar un proceso de inclusión de las opiniones y voces de los/as adolescentes en el diseño de las políticas sanitarias que los/as tienen como destinatarias/os.

Desde el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescencia, se menciona que se ha comenzado a trabajar en el área de diversidad sexual y población trans, sobre las cuales no se disponen datos actualmente. Consecuentemente, el trabajo con población adolescente gay o trans no fue mencionada por ningún actor del grupo entrevistado.

Sin embargo, es a la hora de instrumentar estas acciones donde encontramos las mayores dificultades, centralmente económicas, como la falta de presupuesto y de recursos humanos, y la 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 y de articulación de los diferentes actores. En contadas ocasiones hay espacios formales y asiduos de intercambio entre diferentes instituciones; y en general se producen en el plano informal y de manera puntual.

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 de seguimiento de metas programáticas. 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.

- Funcionarios/as y Responsables de Programas por Tema o Línea de Cuidado

Desde la Coordinación Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva se sostiene que las principales problemáticas de esta población 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. Agregan que no siempre se posee un abordaje/perspectiva de derechos o género, dificultando la atención de esta población, a la vez que 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. Destacan 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 métodos anticonceptivos 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 se 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. Se menciona la falta de datos sobre las atenciones de salud de los/as adolescentes, visualizando la necesidad de crear una base informática que permita la nominalización de esta población en un registro unificado. En cuanto a las intervenciones, realizan talleres específicos en las escuelas, centros de salud o lugares a los que sean convocados: talleres sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) que derivan en otros temas (ej. Salud reproductiva, métodos de anticoncepción, mitos acerca de la sexualidad, etc.).

En la provincia de Jujuy, los problemas señalados se relacionan frecuentemente con situaciones de abusos y violaciones en adolescentes y la judicialización de los casos considerados de interrupción legal del embarazo (ILE). Se reitera como en otras jurisdicciones que los/as profesionales médicos en muchas ocasiones se niegan a esta práctica, amparados en la “objeción de conciencia”. Jujuy es la única provincia en este grupo que refiere a este tipo de problemáticas de manera explícita. Las intervenciones se realizan por medio de Consejerías de Salud con las que se trabaja en red a lo largo de la jurisdicción. Desde estos lugares se brinda asesoramiento y acompañamiento.

Por su parte, en la provincia de Misiones se sostiene que existe una agenda política-sanitaria y otra agenda de los propios adolescentes. Para la referente entrevistada, el embarazo adolescente es un problema para los adultos y 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 que les otorguen voz y poder de decisión. Desde la 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 las problemáticas identificadas se correlacionan 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. 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, se observa 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, ausencia de formación en género, desconocimiento del marco normativo incluida la ILE, dificultades económicas, falta información y datos sistemáticos, etc.).

En sintonía con estas afirmaciones, 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, son las ONGs las que trabajan con personas con adicciones. La Coordinación Nacional entiende que en Argentina, la salud mental se

¹³Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Salud Mental y Adicciones, Programa Sumar Área Adolescencia.

¹⁴Programa Nacional de Educación Sexual Integral, Ministerio de Educación de la Nación

¹⁵Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia

circunscribió a la atención de los cuadros psicopatológicos, 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 sólo con estas características, no de otros tipos. Esta mirada unidimensional de la salud mental hizo que los servicios hospitalarios no identificaran a las personas que padecen adicciones como parte de su incumbencia: “su tarea era desintoxicarlos y luego volvían al hogar”. Dado este escenario, algunas ONGs comenzaron a dar respuesta frente a un Estado sin respuesta concreta.

Una de las principales dificultades que desde aquí se observa en relación a los adolescentes, es que la atención no es considerada como un proceso. La consulta se encuentra fragmentada y no se produce un seguimiento. Se menciona el desconocimiento normativo de ciertos 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). 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 horas. 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 responsabilicen), 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 existe una Dirección de Salud Mental, y por otro lado, la Subsecretaría de Prevención de Adicciones y Control de Drogas. Se efectúan intervenciones en CIC (Centros Integradores Comunitarios), capacitando a personal no sólo de salud sino de otros ámbitos. Por otro lado, se menciona la intervención en el Centro Manantial (recuperación de adicciones) con formación de equipos en emergencias psiquiátricas. De las intervenciones realizadas, los/as entrevistadas/os evalúan como más satisfactorias aquellas 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

¹⁶ Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, ahora denominada Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas, es una Secretaría de Estado dependiente de la Presidencia de la Nación

¹⁷Una trazadora sanitaria es un instrumento que indica la evolución de un evento o prestación, en relación a una población de referencia. Es un modelo de indicador de salud, referenciado a un grupo de población.

¹⁸Director/a de Educación Secundaria, Secretario/a de Derechos Humanos, SENAF

¹⁹Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria, Ministerio de Agroindustria de la República Argentina

como consecuencias del alcoholismo o poli consumo, alcohol asociado a otras sustancias. 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.

A modo de resumen, para el caso de la salud mental y adicciones, se evidencia cierto vacío institucional en el tratamiento de estas problemáticas. 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. El mismo 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. El programa en sí mismo no tiene una estrategia propia de salud, sino prioridades de intervención a partir de las cuales 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).

En cuanto a las 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.

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), y la promoción de la vacuna VPH. Otras líneas de cuidado que se incorporaron recientemente son intento de suicidio y consumo episódico de sustancias, aunque consideran que aún no se ha logrado establecer en este sentido un esquema de trabajo eficaz.

Asimismo se avanza en la capacitación en las guardias, por sus dificultades para la atención y el registro y posterior facturación. Consideran que se ha avanzado en el diseño de protocolos por intento de suicidio, aunque con pocos resultados debido a la inercia institucional. En relación a la captación de adolescentes, se acercaron a escuelas secundarias por medio de consultores, con charlas en centros de salud y actividades comunitarias o en la calle.

Articulan con varios programas, entre ellos el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSYR), Instituto Nacional del Cáncer, Dirección de Salud Mental y Adicciones, aunque no articulan con ONGs. Los/as entrevistadas/os evalúan que existe una superposición de esfuerzos en las políticas pensadas para adolescentes, y que sería necesario unificar y articular las acciones entre ministerios.

En general, las provincias sostienen que los Programas no fomentan un control sano de la población adolescente y no logran resolver las fallas de coordinación entre áreas, actuando sobre los emergentes comunes: adicciones, embarazo adolescente, suicidio. Entre las intervenciones realizadas, también existe un consenso, que pueden sintetizarse en las siguientes: control sanitario, acciones de capacitación, talleres y vacunación de HPV.

Otros Funcionarios/as de Ministerios involucrados indirectamente a la Salud Adolescente

Este último grupo de funcionarios/as está involucrado 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, 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.

La mayor dificultad que encuentran radica en generar espacios de participación, donde los adolescentes puedan ser escuchados y puedan consultar. A partir de estos foros, los propios adolescentes listaron los problemas que visualizaban: salud sexual y reproductiva por el acceso a métodos anticonceptivos (MAC), educación formal, suicidio, consumos problemáticos (alcohol y sustancias) y 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. Conforman mesas de trabajo y consejos federales (representantes elegidos por las provincias) en primera infancia, embarazo adolescente, etc., 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.

Las Secretarías de Niñez, Adolescencia y Familia o similares de cada provincia avanzan en planes de trabajo similares. Se destaca en Chaco, en la inter-fase entre adicciones durante la adolescencia y 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. En esa dirección, su par en la provincia de Jujuy aludió a las mismas problemáticas de los adolescentes (adicciones, embarazo adolescente) y suicidio. Comparten además, las acciones para intervenir, entre ellas, mesas de trabajo barriales, talleres de promoción de derechos, foros con adolescentes, capacitaciones, becas (deportivas, de capacitación laboral), en tanto en Salta, con un menú de intervenciones similares, establecen estrategias de abordaje las cuales se trasladan a medidas de protección y articulación con otros ministerios, municipios y principalmente con el Poder Judicial. En otras provincias, la temática de bullying se agrega a los ejes de trabajo mencionados, tal el caso de La Rioja y Jujuy, tanto dentro como fuera del ámbito escolar. 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.

Discusion

El desarrollo del presente artículo deja varios aprendizajes 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 etario.

Algunas de estas enseñanzas buscan especificar las necesidades emergentes de los/as jóvenes, y colocarlas en su contexto territorial, según la mirada de los/as hacedores/as de política. Otras/os hablan de la eficacia (o no) del sistema de salud para abordar esas necesidades, y su capacidad de articular con otras reparticiones públicas, tanto en la esfera provincial como con sus pares del gobierno federal. Un tercer grupo de entrevistados/as 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. 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.

Si bien la propuesta de trabajo consideraba la acción de protección social adolescente desde la mirada de corto plazo -detección de necesidades y cambios de hábitos-, y de largo -como espacio de oportunidad para desarrollar conductas saludables que permitan un ciclo vital más pleno-, esta última mirada estratégica no aparece presente en la mayoría de los actores interpelados.

Los testimonios volcados 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. Avanzar e incidir sobre políticas sanitarias más inclusivas de la población adolescente implica aceptar que los problemas detectados no se desencadenan solamente por características intrínsecas a este rango etario, sino del mundo adulto que lo condiciona.

Conclusiones

La recolección de opiniones y experiencias de gestión muestra la presencia de brechas en la mirada que lleva a identificar e implementar políticas para la adolescencia. Estas brechas se extienden desde el reconocimiento o no de un nuevo paradigma basado en sujetos de derecho, como también en su correlato real en acciones que muestren que tal paradigma es efectivamente reconocido y traducido en intenciones, conocimientos sobre su abordaje, y asignación de recursos consistentes con tales principios.

Como resultante, se observa que no necesariamente existe una estrategia común en salud adolescente en el país, aunque sí abordajes planificados aislados, en algunos programas nacionales, o en algunas iniciativas específicas en las provincias, con marcadas ausencias, particularmente relacionadas con el tratamiento de salud mental y adicciones. Ello no implica necesariamente falta de compromiso. 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 sólo 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 etario 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 culturales, con conflictos de objeción de conciencia, con miradas antagónicas sobre el y la adolescente como sujeto de derecho. En ocasiones, las/os funcionarias/os provinciales descansan en sus pares en el Ministerio Nacional 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.

Bibliografía

1. AAVV, Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad, documento producido por el Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF, (2012).
2. Pons, D; Queralt, A; Mars, L; García-Merita, M; Balaguer, I. Estudio cualitativo de las conductas de salud en la primera adolescencia *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2010, vol. 42, núm. 2, pp. 237-250 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515381006>
3. Pinilla G.; Forero B., C M.; Valdivieso C., M C. Servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones (Bucaramanga, Colombia). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2009, vol. 27, núm. 2, pp. 164-168. Universidad de Antioquia Colombia
4. Tylee, A., et al., Youth-friendly primary-care ser-vices: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet*, 2007. 369(9572): p. 1565-73
5. Patton, G.C., Viner, R. Pubertal transitions in health. *Lancet*, 2007. 369(9567): p. 1130-9.
6. 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. Patel, V., et al., Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 2007. 369(9569): p. 1302-13
7. Toumbourou, J.W., et al., Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet*, 2007. 369(9570): p. 1391-401. Sawyer, S.M., et al., Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *Lancet*, 2007. 369(9571): p. 1481-9.
8. Kieling, C, Baker-Henningham, H, Belfer, M., Conti, G., Ertem, I, Omigbodun, O, Rohde, L., Srinath,S., Ulkuer, N., Rahman, A. 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
9. Benjet,C. Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence, characteristics, and mental health consequences. *Curr Opin Psychiatry*. 2010 Jul; 23(4):356-62.

10. 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
11. 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. 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.
12. 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>
13. 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.
14. Lobstein, T, Jackson-Leach, R., Moodie, M, Hall, K., Gortmaker, S. Swinburne, M, Wang, Y. McPherson, K. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture, 2015, February 18, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)
15. Maceira, D. Analizando el acceso a servicios prioritarios de salud en población adolescente en seis provincias del norte argentino, estudio multicéntrico financiado por Becas Ramón Carrillo – Arturo Oñativia, Comisión SACyT, Ministerio de Salud de la Nación. (2012). Disponible en <http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/MaceiraEquipo-Salud-Investiga-Adolescencia-.pdf>