

## ***Del paradigma tutelar al de derecho. Sentidos y prácticas en el abordaje de la salud de adolescentes***

**Florencia Quiroga**

Universidad Nacional del Sur

Argentina

ana.flor.quiroga@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6341-9832>

### **RESUMEN**

En Argentina las leyes y políticas sanitarias reconocen a las y los adolescentes como sujetos de derechos, entre los que se reconoce el derecho a la atención integral de la salud. En este artículo se describen los sentidos que se construyen sobre las y los adolescentes y se analizan sus implicancias en algunas características del acceso a la atención desde la perspectiva de las y los trabajadores de la red estatal de servicios de salud en la ciudad de Bahía Blanca. Los datos se comparan con los lineamientos existentes en las políticas de salud en la adolescencia. Se utilizaron técnicas cualitativas: entrevistas dirigidas semi estructuradas y observación participante. Se identifican sentidos antagónicos entre el personal sanitario y las políticas de salud en torno a la autonomía progresiva, y entre los trabajadores respecto de la participación de las y los adolescentes en la toma de decisiones. Se destaca la persistencia de posturas de tutelaje sobre las y los adolescentes pese a la existencia de un discurso jurídico guiado por el enfoque de derecho. Se discuten los resultados a la luz del concepto de dimensión simbólica de la accesibilidad a la salud.

### **PALABRAS CLAVE**

adolescencia, derecho a la salud, antropología.

**ARTÍCULO LIBRE**



## From the guardianship paradigm to a rights-based paradigm. Meanings and practices in adolescent health care

### ABSTRACT

In Argentina, health laws and policies recognize adolescents as rights-bearing subjects, including the right to comprehensive health care. This article describes the meanings constructed around adolescents and analyzes their implications for certain aspects of access to health care, from the perspective of workers in the state-run health services network in the city of Bahía Blanca. The data are compared with existing guidelines in adolescent health policies. Qualitative methods were used: semi-structured interviews and participant observation. Antagonistic meanings are identified between health personnel and health policies regarding progressive autonomy, as well as among workers with respect to adolescent participation in decision-making. The persistence of guardianship-oriented positions toward adolescents is noteworthy, despite the existence of a legal discourse based on a rights-based approach. The findings are discussed in light of the concept of the symbolic dimension of health care accessibility.

### KEYWORDS

adolescence, right to health, anthropology

## Do paradigma da tutela ao paradigma do direito. Sentidos e práticas na abordagem da saúde do adolescente

### RESUMO

Na Argentina, as leis e as políticas de saúde reconhecem os adolescentes como sujeitos de direitos, entre os quais é reconhecido o direito à atenção integral à saúde. Este artigo descreve os significados sobre os adolescentes e analisa sua implicação em algumas características do acesso à saúde na perspectiva dos trabalhadores da rede estadual de serviços de saúde, na cidade de Bahía Blanca. Os dados são comparados com as diretrizes existentes sobre políticas de saúde na adolescência. Foram utilizadas técnicas qualitativas: entrevistas dirigidas, semi estruturadas e observação participante. Identificam-se significados antagônicos entre o pessoal de saúde e as políticas de saúde com respeito à autonomia progressiva, e entre os trabalhadores quanto à participação dos adolescentes na tomada de decisões. Destaca-se a persistência de posições de tutela sobre os adolescentes apesar da existência de um discurso jurídico orientado pela abordagem do direito. Os resultados são discutidos à luz do conceito de dimensão simbólica da acessibilidade à saúde.

### PALAVRAS-CHAVE

adolescência, direito à saúde, antropologia

FECHA DE RECIBIDO 21/11/2024

FECHA DE ACEPTADO 10/02/2025



#### COMO CITAR ESTE ARTICULO

Quiroga, A.F. (2025) Del paradigma tutelar al de derecho. Sentidos y prácticas en el abordaje de la salud de adolescentes. Revista de la Escuela de Antropología, XXXVI, pp. 1-23. DOI 10.35305/rea.XXXVI.304

#### Introducción

En Argentina leyes y políticas sanitarias de distintos niveles gubernamentales reconocen y promueven el derecho a la salud de las y los adolescentes. La norma de mayor jerarquía es la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante CDN o Convención) aprobada en 1989 por la Asamblea General de Naciones Unidas, ratificada en 1990 e incorporada a la Constitución Nacional en 1994. Desde entonces el Estado argentino debe garantizar los derechos establecidos en la Convención a los niños, las niñas y adolescentes (en adelante NNyA) que viven en el país. Su integración en la Carta Magna implicó el compromiso de modificar el abordaje de toda la legislación. Es así que cambió la condición jurídica de NNyA al ser reconocidos como sujeto de derechos y ya no como objeto de derecho, estableciendo una ruptura con el paradigma tutelar del sistema de minoridad que rigió hasta 1990. Desde el paradigma tutelar, representado en la Ley n° 10.903 -sancionada en 1919- conocida como "ley del patronato" o "ley Agote", se caracterizaba a NNyA como inferiores respecto a las personas adultas e incapaces de hacerse cargo de sus propios asuntos y, por lo tanto, eran concebidos objeto de tutela por parte del Estado. Esta ley fue derogada por la Ley nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, la cual cumple con el mandato establecido en la CDN de legislar leyes acordes a sus principios. La Ley nacional 26.061 considera a NNyA como sujetos de derechos, entre los que se reconoce el derecho a la atención integral de la salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. El cambio de ideas respecto de la condición jurídica de la niñez propuesto en la CDN, y contenido en las leyes nacionales



y provinciales derivadas a partir de 1990, constituye lo que –desde la disciplina del Derecho– se ha denominado paradigma jurídico de protección integral de la niñez (Noceti, 2008). De esta manera, la CDN promovió una reorientación de las leyes y la formulación de políticas públicas, acordes con sus principios. Respecto a la política sanitaria dirigida a la población adolescente, un actor clave a nivel nacional es el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación (PNSIA), enmarcado en la CDN. Este Programa aborda la salud como un derecho humano y social y plantea una serie de estrategias para garantizar la cobertura y el acceso a la salud de las y los adolescentes. En la provincia de Buenos Aires, el Programa de Adolescencia tiene objetivos y encuadre similares al PNSIA.

En este escenario analizamos, desde una aproximación antropológica, las formas en que se construyen los sujetos niños, niñas y adolescentes en el marco del diseño y ejecución de programas de política social en la ciudad de Bahía Blanca.<sup>1</sup> Es desde este objetivo que en este artículo nos situamos en el ámbito de los servicios y políticas de salud para analizar las formas que asume la atención de la salud en la adolescencia. Se describen los sentidos acerca de las y los adolescentes desde la perspectiva de las y los trabajadores de la red estatal de servicios de salud y se analiza la implicancia de su abordaje en las y los adolescentes, y específicamente en algunas características del acceso a la atención. Los datos se comparan con los lineamientos relativos a la atención existentes en los dispositivos de la política de salud dirigida a este grupo poblacional. De esta manera se busca poner en diálogo las políticas con la mirada del personal de dichos servicios, e indagar las convergencias y divergencias entre los mismos.

En primer lugar, se señalan como punto de partida las referencias conceptuales y metodológicas para explicitar la posición y el enfoque sobre el cual se sustenta este trabajo. Luego se presentan

<sup>1</sup> Este objetivo entre otros, se lleva adelante con aportes económicos de la Universidad Nacional del Sur en el marco del programa de incentivos a la investigación denominado Proyecto de Grupo de Investigación (PGI) y es conducido por investigadoras insertas en el GICES (Grupo de Investigaciones Cualitativas y Etnográficas del Sur) del IIESS-CONICET.



los resultados relativos a los sentidos y prácticas en torno a las y los adolescentes y la atención de la salud. Y enseguida, se propone una concepción a propósito de los mismos, considerando que las ideas relativas a las y los adolescentes impactan en la posibilidad de acceder a la atención de la salud como sujetos de derechos según promueven los dispositivos de la política. Finalmente, se señalan algunas implicaciones de la posición sostenida para el abordaje de la salud de dicha población.

Desde una mirada antropológica, en este trabajo se considera que adolescencia como niñez, infancia, juventud, entre otras, son categorías construidas socialmente. Esto implica que los sentidos asociados a esas categorías no son fijos e inevitables, sino que son variables a lo largo del tiempo y en diversos contextos socio-culturales. Tales sentidos se enmarcan en procesos y esquemas clasificatorios del curso de la vida en los cuales se atribuyen características particulares a cada etapa de la vida delimitada. Diferentes autores (Feixa, 1996; Adaszko, 2005; Colangelo, 2003; Szulc, 2014) han señalado que, todos los grupos humanos segmentan el curso vital en períodos a los que atribuyen ciertas propiedades, lo que sirve para categorizar a los sujetos y pautar su comportamiento en cada etapa. En torno a cada una de esas edades se construye un sistema de prácticas y representaciones que involucra roles, expectativas, experiencias, actividades “adecuadas” para cada una de ellas e instituciones encargadas de controlar, normalizar o eliminar desviaciones a las mismas. Las formas en que estos períodos, categorías y pautas se especifican culturalmente son muy variadas. A este tratamiento que cada grupo hace de las edades biológicas y cronológicas se denomina procesamiento social de las edades (Chaves, 2005), y es una demostración de que las edades se construyen.

Al referir a políticas de salud se entiende que son intervenciones institucionalizadas del Estado orientadas a los problemas de salud, que tienen capacidad para definirlos en sus contenidos particulares y en los sujetos que los corporizan e instituir las reglas desde las cuales serán procesados (Chiara, 2017). Es decir que, se constituyen a partir del planteamiento de una cuestión social-



mente problematizada (Ozlack y O' Donnell G, 1976) que moviliza interpretaciones acerca de las poblaciones a las cuales se dirigen y señalan cuáles son los problemas que los afectan o las necesidades que les son reconocidas. Esa capacidad de intervenir y de construir subjetividades es de interés y forma parte del estudio en este trabajo. De esta manera se recupera la propuesta del autor Chris Shore (2010) para quien las políticas no solo asignan identidades particulares a individuos y grupos, sino que las construyen y se revisan las premisas y sentidos sobre las que se asientan, las definiciones de problemas, las clasificaciones particulares de las poblaciones gobernadas y los modos de intervención instituidos. El estudio de las políticas de salud fue realizado con el apoyo de la propuesta teórico-metodológica de "análisis de políticas por instrumentos" (Chiara, 2017). Esta propuesta apunta a recuperar una visión de conjunto de los dispositivos (término que alude a los planes, programas y leyes) de la política de salud, más allá de las particularidades que muestren cada una de las iniciativas singulares, para detectar los instrumentos genéricos de los que están compuestos. Por instrumento de política Chiara se refiere a las unidades menores, en tanto un dispositivo puede comprender varios instrumentos, y a la vez genéricas, dado que cada uno de ellos puede estar presente en distintos dispositivos, que organizan las relaciones entre, y las prácticas de, los actores gubernamentales. La descomposición de la política en sus instrumentos permite recomponer su totalidad más allá de la contingencia de los dispositivos e identificar convergencias y divergencias entre dispositivos, así como las contradicciones en la dinámica de la acción que supone su implementación en los servicios de salud.

### Consideraciones metodológicas

La metodología del estudio fue de corte cualitativa etnográfica. Se basó en el análisis combinado de fuentes secundarias y primarias de información. Se realizó trabajo de campo en diferentes etapas entre los años 2017 y 2019, en 2021 y 2023. Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron: entrevistas dirigidas (Olmo y Osuna, 2024), semi-estructuradas y observación



participante. Se entrevistó a personal médico (pediatría y ginecología infanto-juvenil). Se trabajó con una muestra no probabilística (Hernández Sampieri et.al., 1998) de diez interlocutores clave seleccionados teniendo en cuenta que: estuviesen vinculados a la atención de jóvenes de 15 a 19 años de edad, que tuviesen al menos 5 años de práctica en atención y servicios de adolescencia y que trabajen en el sub-sector estatal del sistema de salud. Se participó en distintos encuentros de promoción de la salud dirigidos a estudiantes de nivel secundario realizados por el personal médico entrevistado en establecimientos educativos de la ciudad. Y se realizó observación participante en una serie de talleres debate en torno a salud en adolescencia, organizados desde la Secretaría de Salud del Municipio local, que tenían como protagonistas a los trabajadores de la salud (de enfermería, psicología, trabajo social, además de medicina) del primer y segundo nivel de atención del subsector público de la ciudad. La información recabada mediante entrevista y observación se conjuga con la derivada del examen de los dispositivos de la política sanitaria en torno a la adolescencia. Se relevaron los dispositivos que intervinieran en la salud de las y los adolescentes específicamente, que estuvieran vigentes en el periodo de duración del trabajo de campo (ya sea que se hayan creado en ese periodo o no) y que fueran implementados en los servicios de salud de dependencia estatal en la localidad de Bahía Blanca. Los dispositivos seleccionados son: el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (en adelante PNSIA) y el Programa de Adolescencia de la provincia de Buenos Aires. La reconstrucción apeló a fuentes secundarias (documentos de programas y manuales operativos) Las unidades de análisis son los instrumentos de la política, cuyos contenidos se ponen en diálogo y comparan con la información obtenida a partir de las perspectivas de las y los interlocutores clave. Tales instrumentos son la focalización por grupo de edad, guías de práctica, capacitación específica de recursos humanos, acuerdos de gestión El análisis de discurso oral y escrito se realizó según la técnica de definiciones contextuales (Magariños de Morentin, 1998), la elaboración de códigos y tipologías específicas a fin de generar contrastaciones de datos.





## Los programas de atención de la salud de las y los adolescentes desde sus instrumentos

El PNSIA del Ministerio de Salud de la Nación se creó en el año 2007, con el propósito general de promover la salud integral de las y los adolescentes, contemplando estrategias que fortalezcan la calidad de los servicios de salud disponibles para esta población. Enmarca sus acciones en la CDN, así como en la Ley 26.061 que garantiza el derecho a su salud integral (Art. 14), entre otras leyes (tales como Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley 26.529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado y el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación). A través de este marco normativo se promueve el derecho de las y los adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto, contemplando el respeto a la confidencialidad y enmarcado en una perspectiva de género y derechos.

La focalización de los programas en las y los adolescentes se acompaña de sentidos particulares acerca de la adolescencia. Definida como periodo de la vida cuyo rango temporal se ubica entre los 10 y 19 años de edad, la adolescencia se caracteriza por: el acontecimiento de cambios físicos, cognoscitivos y sociales; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos; la potencialidad de cambios positivos para el desarrollo de la sociedad; la consolidación progresiva de la capacidad de discernimiento. Todo esto en el marco del respeto de los principios generales de la CDN de autonomía progresiva, participación directa, interés superior del niño y no discriminación, que guían la interpretación de todas las normas relacionadas con NNyA en todos los niveles: internacional, nacional, provincial, municipal e individual, tanto de profesionales de la salud como de todas las personas de la comunidad.

En cuanto al desarrollo de la autonomía se la define como un proceso que no guarda relación directa con la edad sino con las características individuales, contextuales y sociales. En este sentido explican que la autonomía y la consolidación progresiva de la capacidad de discernimiento se desarrollan: "de manera diferente





en cada persona dependiendo del contexto en el que habita, los recursos con los que cuenta (materiales, intelectuales y sociales) y sus características individuales” (PNSIA, 2015).

Otro de los principios al cual el PNSIA suscribe es el de participación directa. Sobre la base de los artículos 12 y 13 de la CDN, el PNSIA establece que se debe garantizar que NNyA puedan participar directamente en sus asuntos de acuerdo a su autonomía progresiva y que se termine con la anterior práctica de la sustitución de la voluntad derivada de la intervención exclusiva de las y los representantes (propia del paradigma tutelar), en los procesos de toma de decisiones que involucren a NNyA. Entonces abandona el concepto de “incapacidad” para centrarse en las capacidades y competencias que tienen NNyA y la asistencia que necesitan para ejercer sus derechos. El paradigma de la protección de derechos impone deberes especiales a progenitores, al Estado y a la comunidad, tendientes a facilitar su desarrollo autónomo y habilitarles de manera directa el ejercicio de sus derechos. En este sentido:

Las personas adultas ya no pueden tomar decisiones por los/as adolescentes, sino que deben apoyarles para que puedan tomar sus propias decisiones, dándoles la información necesaria de manera que puedan comprenderla, teniendo en cuenta el grado de desarrollo de sus habilidades y ayudándoles a ver o formular alternativas de acción y a decidir, teniendo en cuenta su propio contexto (PNSIA, 2015: 17).

Es así que la Comisión de los Derechos del Niño de Naciones Unidas en su Observación General N° 14 (2013) establece que la intervención de las personas adultas debe transformarse de dirección y orientación en recordatorios y consejos y, más adelante, en un intercambio en pie de igualdad.

Con todo, el PNSIA establece que para garantizar la participación efectiva de NNyA se debe asegurar dos condiciones, a saber: que cuenten con la información necesaria para tomar decisiones, y que tengan el acompañamiento que necesitan para el proceso de toma de decisiones. Y agrega que la necesidad de este acompañamiento decrece de acuerdo con el aumento del grado de autonomía



del/a NNyA. Es por ello que define que en la infancia se requerirá un mayor acompañamiento y en la adolescencia tardía se puede prescindir completamente de este para la toma de decisiones.

A partir de los aspectos ligados a la adolescencia, desde el PNSIA se define la necesidad de un abordaje específico de la salud adolescente que se basa en un “enfoque contextual o social” (PNSIA 2015); el cual implica tener en cuenta:

los procesos sociales, históricos y culturales al momento de evaluar los factores de riesgo propios de las condiciones y características de cada adolescente para generar estrategias de promoción, prevención y recuperación de afectaciones de la salud, en conjunto con la familia, la red de confianza (comunidad y amistades), las instituciones del Estado y la sociedad civil, de acuerdo con la voluntad de cada adolescente (PNSIA, 2015: 10).

Junto con el enfoque contextual, los dispositivos promueven la intersectorialidad, interdisciplinariedad y la articulación entre los distintos niveles de atención de la salud de esta población. En lo que refiere al trabajo intersectorial, el PNSIA propone la instalación de asesorías en salud integral en las escuelas secundarias, como estrategia tendiente a mejorar el acceso a la salud de las y los adolescentes, a través de la oferta de un dispositivo en la escuela, generando un nexo concreto entre salud y educación, que responda a las necesidades de los y las adolescentes.

Ambos programas promueven la capacitación de recursos humanos y la asistencia técnica en la instalación/adaptación de espacios de atención de la salud para adolescentes en establecimientos de salud. A través de la capacitación a los proveedores y la actualización teórica en diferentes temáticas (marcos jurídicos, perspectiva de género en la atención de salud, entre otras), se busca que los equipos de salud puedan brindar mayor seguridad, confianza y respaldo en el momento de la atención, así como reducir las barreras que afectan el acceso de las y los adolescentes. La asistencia técnica es un instrumento tendiente a fortalecer y adaptar los espacios de atención de la salud adecuados para adolescentes, de acuerdo a sus necesidades y particularidades. En este sentido el



PNSIA propone distintas modalidades de organización de la oferta de salud tales como centros amigables de salud, servicio diferenciado, consultorio diferenciado, adaptables a las distintas realidades existentes en el país.

Los dos dispositivos de la política buscan ordenar las relaciones entre actores y niveles de gobierno, movilizandoinstrumentos de tipo contractual con el fin de institucionalizar los compromisos entre la nación, los estados provinciales y los municipios (acuerdos y compromisos de gestión). El PNSIA trabaja en conjunto con los distintos programas provinciales de salud integral en la Adolescencia y los referentes provinciales de adolescencia, quienes a su vez coordinan, supervisan y llevan a cabo las distintas actividades que se realizan en la provincia (como capacitaciones, encuentro de jóvenes, articulación con el Programa Sumar y el resto de los programas provinciales, etc.). Por su parte, el Programa Provincial de Adolescencia se ubica como eje ordenador de políticas y acciones sanitarias, destinadas a la población adolescente, articulando con otros programas, direcciones y organismos que trabajen en temas específicos que atraviesen a este grupo etario. Desde el PNSIA se propone el desarrollo de guías de práctica clínica como guías de atención, protocolos de abordaje en situaciones específicas, recomendaciones a equipos de salud, tendiente a modelar las prácticas de los servicios y dichos equipos en el abordaje de los y las adolescentes.

### **La mirada de las y los trabajadores de salud acerca de las y los adolescentes y la atención de la salud en la adolescencia**

Según los interlocutores clave médicos, la adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 19-20 años de edad, y abarca el tiempo comprendido entre el inicio de la pubertad y la entrada en la adultez. Esta definición se inscribe en la representación médica del curso vital, el cual es segmentado en una serie de etapas consecutivas entre sí y ordenadas unilinealmente a lo largo del tiempo, a saber: “desde la concepción/nacimiento hasta el mes de vida – desde el mes de vida hasta la prepubertad – desde



la pubertad hasta la entrada en la adultez – desde la adultez hasta el final de la vida” (en palabras de los interlocutores clave), en la que cada etapa es presentada con un carácter universal.

Refieren que la adolescencia se caracteriza por el acontecimiento de cambios, algunos de tipo físicos y otros psíquicos. Los primeros refieren a transformaciones corporales y modificaciones hormonales sobre la base de los cuales suceden los cambios psíquicos también denominados “cambios emocionales”. Tales cambios psíquicos ocasionan el desarrollo de una “crisis de identidad”, la cual explica dos cualidades asociadas al ser adolescente: la rebeldía y la exposición a situaciones de riesgo. Con todo, la adolescencia es definida como etapa “evolutiva”, “difícil”, “fuerte”, “crítica”. Se transcriben algunos extractos de las entrevistas que ejemplifican lo anterior:

La pubertad es una etapa realmente crítica para los adolescentes... como que ellos viven esa transformación del cuerpo y como que a veces ellos no se sienten cómodos, no se sienten conformes con sus cuerpos, cambian... les representa una crisis realmente, esa crisis de identidad... en esto de autodefinirse digamos como que se ponen rebeldes... y bueno es una etapa difícil... (1, p.m., m)<sup>2</sup>.

La adolescencia es una etapa muy fuerte, donde pasan un montón de cosas y donde se pone en riesgo la vida y las situaciones todo el tiempo. (3, p.m., m).

El cambio físico en el cuerpo es muy importante en esta etapa de la vida, y también hay cambios emocionales, estos altibajos, que hoy sabemos desde el punto de vista neurobiológico, que tienen que ver con la impronta de las modificaciones hormonales (...). (4, p.m., m).

En todos los relatos se hace referencia a la (in)madurez que caracteriza a las y los adolescentes: “(...) se sienten grandes, pero no son, les falta maduración” (1, p.m., m). De esta manera las y los adolescentes aparecen como incompletas/os: ya no son niñas o niños, pero tampoco personas adultas porque les falta madu-

<sup>2</sup> Las citas textuales se identifican de la siguiente manera: número de entrevista, personal médico/personal no médico, género.



rar; con lo cual, a la luz de los relatos quedan en un lugar indeterminado. Aquella falta de maduración se explica por una causa biológica, a saber, el desarrollo del cerebro, el cual se asume que se completa entre los 18 y 20 años de edad: "El cerebro se va desarrollando desde el nacimiento hasta los 20 años. Recién a los 20 años se completa la madurez del sistema neurobiológico, y la persona adquiere la capacidad del juicio crítico (...)" (4, p.m., m).

cuando me traen a la chica de 14, y su mamá me dice: 'decile todo', ¿para qué digo yo? Si le va a entrar una parte y lo otro no lo va a comprender. Pero no porque sea tonta o no le dé la cabeza sino porque está en una etapa de desarrollo. Los adultos solemos darles una autoridad y jerarquía a los adolescentes, que no la tienen por maduración. Es lo mismo que les pasa a los pediatras con los bebés, y te dicen: '¡me tomó el pelo! No duerme porque es caprichoso. Pobre chico, ¿qué sabe? si solo tiene 3 meses... Uno no puede entrar a discutir vos que quieres (5, p.m., m)

Coinciden en que las y los adolescentes requieren una "atención especial", "diferente al resto de la pediatría o de los clínicos", debido al tipo de las problemáticas de salud que afectan a las personas en la etapa de adolescencia. Sostienen que la población adolescente es sana y que las raíces de sus problemas son sociales y "vinculares, no orgánicas": "problemáticas psicológicas y sociales, no biológicas...porque desde lo biológico, por ahí no se enferma mucho... y entonces la atención de ellos, involucra otro tipo de cosas (...)" (1, p.m., m).

Refieren que la peculiaridad de la atención de adolescentes radica en que, a diferencia de la consulta pediátrica, insume mayor cantidad de tiempo y requiere una "escucha atenta" por parte de la médica o médico. El abordaje específico de las y los adolescentes se asocia a cualidades como: integralidad, interdisciplinariedad e intersectorialidad: "Porque el abordaje es también social y cultural" (1, p.m., m).

Ahora bien, en la práctica cotidiana de los servicios de salud ¿cómo es la atención de la salud en la adolescencia?

A partir de la información obtenida a través de las entrevistas



como de los talleres con diferentes trabajadores de la salud (no solo de la medicina), se detectan diferentes dificultades en la atención de las y los adolescentes. Algunas vinculadas a la deficiente comunicación y articulación entre instituciones de salud en las que son atendidas/os las y los adolescentes, tanto entre las que integran el primer nivel de atención como entre los distintos niveles del sistema sanitario. Otras relativas a la escasa articulación y trabajo mancomunado con otros actores cuya labor se orienta a adolescencia como: personal educativo de establecimientos de educación secundaria y/o agentes de las dependencias de gobierno municipales del área de niñez, adolescencia y familia (incluyendo programas sociales orientados a niñez y adolescencia). Y finalmente unas referidas a la existencia de problemas para brindar una “atención accesible y no expulsiva” (8, p.n.m., m), a las y los adolescentes que acuden a los servicios de salud, tanto en el primer como en el segundo nivel de atención.

En cuanto a los factores que afectan el acceso a los servicios de salud refieren a: los horarios de atención sanitaria, las características edilicias de los espacios de atención, y la calidad de la atención brindada

Respecto a los horarios, las unidades sanitarias (correspondientes al primer nivel de atención) formalmente están abiertas de 8 a 14 horas, una franja horaria percibida como poco o nada acorde a las necesidades y posibilidades de la población adolescente, entendiendo que es muy poco frecuente que asistan a consulta en horario matutino.

En relación a los espacios de atención refieren que los hospitales y unidades sanitarias carecen de espacios apropiados para las y los adolescentes, que sean “amigables – amables y receptivos”, (espacios que) “tengan que ver más con ellos, que no sean grises o bancos de cemento” (7, p.n.m., m). En este sentido, afirman que:

En las unidades sanitarias tenemos áreas para púerperas, madres, niños, ¿y para adolescentes? No hay espacios que los albergan. Los espacios que hay son de precariedad” (8, p.n.m., m). Y reclaman la necesidad de contar con “lugares asistenciales más amables y menos expulsivos (9, p.n.m., m).



Finalmente, en cuanto a la calidad de la atención de la salud, las y los trabajadores de la salud reconocen que tienen dificultades para: brindar una atención a las y los adolescentes “como sujetos de derecho, que tengan autonomía y participación”, “pensar la salud con los adolescentes y no pensar la salud para ellos” (10, p.n.m., m). Explican que tales prácticas de atención se deben a una “mirada prejuiciosa” que tienen respecto de la adolescencia, basada en ideas como: “los adolescentes están perdidos”, “no escuchan”, “molestan”, “no sostienen nada de lo que se implementa” (10, p.n.m., m).

Esta dificultad la perciben como parte de la práctica de todos los trabajadores de la salud en general, aunque en mayor medida entre quienes ejercen la medicina y la enfermería. Vinculado a esto, los interlocutores clave médicos entrevistados explican que suele existir entre los médicos y enfermeros un “rechazo” atender a las y los adolescentes, que lo asocian al “desconocimiento de la etapa de adolescencia” (en palabras de diferentes interlocutoras clave), y del tipo de problemas que la afectan reconocidos como de tipo social y psicológico más que biológico. Y que médicos y enfermeros carecen del conocimiento necesario para hacer frente a los mismos, debido a una formación académica fundamentalmente de raigambre biologicista, que resultaría inapropiada para la comprensión y atención de tales problemas:

los pediatras no teníamos formación en relación a la problemática que pueden tener los adolescentes, que generalmente no es tanto por enfermedades biológicas, ¿viste? Sino más bien cuestiones sociales y psicológicas. Y tampoco por ahí...si bien se enseñaba sobre los cambios madurativos y la pubertad y todo eso, es como que se lo veía desde una visión biológica... (1, p.m., m).

El rechazo es identificado como una práctica habitual en los servicios de salud, tanto sea de primer nivel como del segundo nivel de atención. Explican que en los hospitales se define el límite etario de 15 años por encima del cual las personas son ingresadas a sala de clínica cuando requieren internación, a causa de la “resistencia” de parte de profesionales de la salud del servicio de pediatría





(médicas/os y enfermeras/os) a atender pacientes mayores de aquella edad:

porque son más grandes, las problemáticas son en general bastante fuertes... se ve al adolescente como una amenaza, entonces ahí generan más resistencia o cuando no entienden las problemáticas, esas constituyen barreras importantes en salud que hacen que el tratamiento fracase...(2, p.m., m).

En pediatría... detestan que vos internes a un paciente mayor de 15 años, y más aún con alguna patología mental... ¡no sabes la resistencia que hay! (Esa resistencia es por) impotencia, inseguridad, desconocimiento, entonces, bueno '¡no! Que lo internen en clínica' ¿viste? ... es una gran barrera, dentro de los hospitales, es tremendo. A veces pienso que... no querían nada que les altere el orden" (1, p.m., m)

Los relatos de las y los trabajadores de la salud indican que las dificultades para brindar una atención de calidad acorde a las necesidades de las y los adolescentes devienen de la peculiar manera de configurar la subjetividad de las y los adolescentes y las problemáticas de salud que les afectan.

### Reflexiones finales

Pese a la existencia de coincidencias entre las definiciones acerca de la adolescencia de los dispositivos de la política y las propias de las y los trabajadores de la salud, en cuanto al rango cronológico que abarca y su delimitación como etapa de la vida durante la cual ocurren cambios físicos y sociales, se encuentran diferencias respecto de las ideas relativas a la autonomía progresiva. Según los dispositivos el desarrollo de la capacidad de discernimiento es singular y propio de cada persona en relación con los recursos con los que cuente, en virtud de lo cual plantean una flexibilización de los límites etarios para el ejercicio de derechos. En tanto que para el personal médico entrevistado el desarrollo de aquella capacidad se completa a los 20 años sobre la base de una causa biológica. La construcción de las y los adolescentes como sujetos inmaduros, incompletos y en formación, por parte del personal médico



se enmarca a su vez en una representación del curso de vida que denota un esquema de la trayectoria vital basado en tres etapas sucesivas – niñez, adultez, vejez-, delimitadas cronológicamente, con funciones diferenciadas -formación, trabajo, retiro- propio de la sociedad salarial en la que el tiempo es lineal (Oddone, 2006). Por el contrario, diferentes autores (Beck, 1998; Heinz, 2001) señalan que, en el siglo XX, las transformaciones del modelo industrial – salarial, ligadas al retroceso del sistema fordista de producción y al surgimiento de una sociedad de la información, de las redes, y del conocimiento, implicaron cambios en la organización del curso de vida tripartito de la sociedad industrial, en dirección a la desinstitucionalización, des-cronologización e individuación de las trayectorias vitales. Los procesos de transición se tornan heterogéneos y, las secuencias de los umbrales que daban paso a una u otra situación dejan de ser predecibles, lineales o uniformes (Bendit, Hahn, y Miranda, 2008).

Se sugiere, a la luz de los relatos, que las concepciones acerca del desarrollo de la autonomía impactan en el tipo de atención de la salud brindada. Sobre la base de la idea de inmadurez de las y los adolescentes se erige un tipo de atención centrada en la dirección de sus asuntos por parte de las y los profesionales de la medicina (tal como ilustra el caso de “la chica de 14”) al considerar a las y los adolescentes como naturalmente (por la determinación biológica) incapaces de hacerse cargo de los mismos. Esta asunción del direccionamiento se produce en desmedro de la consejería e intercambios en pie de igualdad que, sobre la base de la CDN, promueven los dispositivos de la política de salud. Los dispositivos además de poner recaudos a la aplicación de límites etarios fijos para el ejercicio de derechos -porque no se ajusta a la realidad de la totalidad de las y los NNyA y por tanto resulta un criterio arbitrario-, propician el desarrollo de mecanismos para permitirles que participen directamente de los procesos de toma de decisión de acuerdo a sus capacidades relativas y, contando con la información y acompañamiento adecuados. Según el principio de autonomía progresiva, la necesidad de acompañamiento en la toma de decisiones decrece de acuerdo con el aumento del grado de



autonomía de NNyA y no depende de la edad cronológica. De manera tal que, a diferencia de la infancia que requeriría un mayor acompañamiento, en la adolescencia se puede ir prescindiendo de este para la toma de decisiones; es por esto que, la atención de niñas y niños y adolescentes no resulta ser igual. El reconocimiento de esta diferencia entre estos momentos del curso de la vida contrasta con la equiparación entre adolescentes y niños sugerida por algunas interlocutoras clave en su explicación de por qué las personas adultas deben dirigir los asuntos que les conciernen a las y los adolescentes.

Respecto de la cuestión de la participación directa de las y los adolescentes en los asuntos que las y los involucran -uno de los principios señalados por la CDN y promovido por los programas sanitarios-, se identifican discrepancias también entre las y los trabajadores de la salud en conjunto. Dado que entre el personal médico sostienen la incapacidad de las y los adolescentes de participar en la toma de decisiones debido a su inmadurez. Por el contrario, otras/os trabajadores de la salud no médicos promueven su derecho a la participación en las decisiones en salud. Y, reconocen que las ideas existentes entre el personal sanitario sobre las y los adolescentes obturan la participación y con ello, la posibilidad de “pensar la salud CON los adolescentes y no pensar la salud para ellos”.

Se encuentra entonces coincidencia con los hallazgos de Daniel Maceira (2019) referidos a las concepciones sobre la adolescencia entre funcionarios involucrados en las problemáticas de salud en adolescentes. Los autores identifican algunas posiciones más cercanas a considerar a la población como sujetos de derecho y otras que insisten en comprenderlas/os como sujetos que atraviesan una etapa de transición, y que por su irresponsabilidad frente a determinadas situaciones o conductas requieren adiestramiento de parte de las personas adultas.

En cuanto a los elementos que dificultan el acceso a la atención de la salud, los relatos dan cuenta de la necesidad de diseñar espacios de atención con los que evidentemente el sistema de salud local actual no cuenta (específicamente respecto a las personas



mayores de 15 años de edad en los hospitales) o los mismos resultan inapropiados (como en el caso de los centros de salud del primer nivel de atención), ya sea por las características edilicias y/o por los horarios de atención percibidas como inapropiadas para este segmento poblacional. Se alude también a los “prejuicios” de las y los trabajadores de la salud contruidos en torno a los adolescentes y sus problemas. Si bien por una parte coinciden en la necesidad de brindarles una atención especial, por otra simultáneamente reconocen la existencia de un rechazo de parte de los mismos trabajadores de la salud hacia la atención sanitaria de las y los adolescentes. Tanto el reconocimiento de la necesidad de una atención especial como del rechazo a brindarla tienen en común las cualidades contruidas respecto de las problemáticas (“sociales y psicológicas” en palabras de las/os interlocutores clave) que afectan a las y los adolescentes, frente a las cuales los trabajadores de la salud (y en particular quienes se desempeñan en el área de atención médica y enfermería) carecerían de la formación necesaria para su abordaje. De esta manera, el rechazo estructura los vínculos entre usuarias y usuarios y agentes de la salud, y en ocasiones conlleva la negativa de asistencia por parte del personal de los servicios de salud, lo cual plantea un obstáculo para el acceso a la atención sanitaria de las y los adolescentes. En esta línea, se recupera el concepto de dimensión simbólica de la accesibilidad (Comes y Stolkiner, 2005; Comes et.al. 2007) el cual remite al universo simbólico contruido por cada sujeto, a los saberes contruidos, sentires, percepciones, representaciones que reproducen los sujetos y los mismos servicios y que inciden en la posibilidad de acceso a los servicios de salud. Es decir, que cuando se transforman en obstáculos se constituyen en barreras de accesibilidad. En los relatos se pudo constatar que las representaciones sobre las/os adolescentes de las y los trabajadores de la salud, como sujetas/os naturalmente inmaduras/os, en desarrollo, perturbadas/os, aquejadas/os por problemáticas sociales y psicológicas, no solo confronta con los marcos jurídicos vigentes sobre NNyA, sino que dificulta la posibilidad de acceder a una atención satisfactoria en el ámbito de la salud. Con lo cual se sugiere que



es necesario abordar estas barreras para garantizar el derecho a la salud de las y los adolescentes.

En suma, se detecta la concurrencia, en las prácticas asistenciales, del enfoque de NNyA como sujeto de derecho y como objeto de intervención, representados en los términos "salud con adolescentes" y "salud para adolescentes" respectivamente.

Los relatos del personal médico sobre la adolescencia denotan posturas de tutelaje sobre los asuntos que les conciernen a NNyA que resultan contrarias al paradigma de derechos. Tales posturas contrastan con el discurso jurídico guiado por el enfoque de los derechos plasmado en los dispositivos de la política de salud, que buscan modelar los procesos de atención de la salud en los servicios en base a dicho enfoque.

Esto no implica pensar que los dispositivos de salud en la adolescencia no son puestos en práctica en los servicios de salud; dicho sea de paso, tampoco ha sido el objetivo de esta presentación evaluar su implementación. Antes bien, para analizar la concurrencia de aquellos dos enfoques opuestos se recupera el planteo de Valeria Llobet (2013) para quien la multiplicidad de discursos institucionalizados en un contexto específico no puede ser considerada a priori como dotada de coherencia a partir de la supuesta eficacia totalizante y transformadora del discurso de derechos. Por el contrario, la autora sostiene que es necesario considerar cómo, en distintos escenarios específicos y alrededor de problemas concretos, tales discursos permiten a los actores sociales significar, y de qué maneras, lo que constituirá problemas sociales meritorios de intervención. Desde este punto de vista se puede interpretar la persistencia -aun cuando el ámbito del tratamiento estatal de la niñez y adolescencia está signado por la categoría de NNyA como sujeto de derechos- de prácticas de tutelaje entre el personal médico asociadas a una mirada biologicista de la adolescencia; siendo los sentidos y las prácticas disputadas desde otros campos de saber que forman parte también de la atención en los servicios de salud. Los relatos del personal médico sobre la adolescencia pueden ser analizados como parte del discurso del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2005). Este autor señala que el saber



médico tiende a excluir del proceso s/e/a el papel de los procesos económicos y sociales, lo cual reduce el cuerpo de la persona a lo biológico. Es esta exclusión la que se percibe como motivo del desconocimiento y rechazo hacia las y los adolescentes.

Teniendo en cuenta esto, y a la luz de los relatos que dan cuenta de una cierta formación deficitaria de las/os profesionales de la salud para abordar los problemas de salud particulares de las y los adolescentes, se propone que es relevante fortalecer la formación y actualización, de grado y posgrado, de las y los trabajadores de la salud en contenidos relativos a cursos de vida y categorías de edad, marco normativo de los derechos de las y los adolescentes con foco en su derecho a la salud, que contribuyan a su vez a contrarrestar las barreras simbólicas que limitan el acceso a la atención de las y los adolescentes.

## Referencias Bibliográficas

- ADAZSKO, Ariel (2005). "Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo", en M. Gogna (ed). *Embarazo y Maternidad en la Adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires, CEDES, pp. 33-67.
- BECKUlrich (1998). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona, Paidós.
- BENDIT, Rene, M. HAHN M y A. MIRANDA (2008). *Los jóvenes y el futuro. Procesos de inclusión social y patrones de vulnerabilidad en un mundo globalizado*. Buenos Aires, Ed. Prometeo libros.
- CHAVES, Mariana (2005). *Los espacios urbanos de jóvenes en la ciudad de La Plata*. (tesis doctoral). Universidad Nacional de La Plata, La Plata.
- CHIARA, Magdalena (2017). "Entre los programas y los servicios: las políticas de atención de la salud a través de sus instrumentos. Una aplicación al caso argentino (2003 – 2011)". *Revista Gestión y política pública*, volumen temático 2017: 191 – 222.
- COLÁNGELO M. Adelaida (2003). "La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje". Recuperado el 15 de julio de 2024 de: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001424.pdf>
- COMES, Yamila y Alicia STOLKINER (2005). "Si pudiera pagaría". Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales". *Anuario de investigaciones*; vol. XII: 137-143



- COMES, Yamila. et.al. (2007). "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". *Anuario de investigaciones*; vol. XIV, pp. 201-209
- FEIXA, Carles (1996). "Antropología de las edades", en J. PRATT. y A. Martínez (editores). *Ensayos de Antropología Cultural*. Barcelona, Editorial Ariel, pp. 319-334
- HEINZ, W. R. (2001) "Work and the life course: A cosmopolitan-local perspective" en Marshall W. et al. (edit.) *Restructuring work and the life course*. Toronto, University of Toronto Press, pp. 3-22
- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto et.al. (1998). *Metodología de la investigación*. Segunda edición, MCGRAW-HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V.
- LEY 26.061 De protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Honorable Congreso de la Nación Argentina; 2005. Recuperado el 15 de julio de 2024 de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778/texto>
- LLOBET, Valeria (2013). "La producción de la categoría niño-sujeto-de-derechos y el discurso *psi* en las políticas sociales en Argentina", en Llobet, V. (compiladora) *Pensar la infancia desde América Latina. Un estado de la cuestión*. Buenos Aires, CLACSO. pp. 209-235.
- MAICERA, Daniel et.al. (2019). "Salud adolescente y la mirada de los actores institucionales en cinco provincias del norte argentino. Paradigmas, percepciones y programas". *Revista de Salud Pública*, XXIII (1): 10-25.
- MAGARIÑOS DE MORETIN, Juan (1998). "Manual operativo para la elaboración de 'Definiciones contextuales' y 'Redes Contrastantes'". *Signa. Revista de la Asociación Española de Semiótica*, (7): 233-253.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Revista Ciencia y Salud Colectiva*, 8(1): 185-207.
- NOCETI, M. Belén (2008). *Niñez en riesgo social y políticas públicas en la Argentina*. Bahía Blanca, EDIUNS.
- ODDONE, M. Julieta (2006). *Envejecimiento, empleo y desempleo de los trabajadores de mayor edad: Trayectorias de vida laboral en el capitalismo globalizado: Un enfoque etnográfico* (tesis doctoral). Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires.
- OLMO, Margarita y Carmen OSUNA (2024). "Introducción a la investigación etnográfica", en: Ballesteros Velázquez (coord.) *Taller de investigación cualitativa*. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia, pp. 48-75.
- OZLACK, Oscar y Guillermo O' DONNELL (1976). "Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación". Documento CEDES. Recuperado el 15 de julio de 2024 de: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3332>
- PNSIA Lineamientos sobre derechos y accesos de los y las adolescentes a los sistemas de salud 2015. Recuperado el 15 de julio de 2024 de: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000732cnt-guia-derechos-2016.pdf>





SHORE, Cris (2010). "La antropología y el estudio de la política pública. Reflexiones sobre la formulación de las políticas". *Antípoda. Revista de antropología y arqueología*, (10): 21- 49.

SZULC, Andrea (2014). "Diversidad, educación y niñez. Aportes desde la antropología". *Novedades educativas*, (284): 29-39.

