

Evaluación del apoyo comunitario como estrategia de los servicios de salud para mejorar el acceso de los adolescentes

Ema C. Schuler Benkendorf; Marta G. Catterino; Lis Altamirano; Julieta Barbará; Jessica N. Carrocino; Janet M. Chareun; Nadia V. Ferrari; Luciano G. Fiorotto; Nora S. Guarischi; Andrea R. Guido; Carina E. Leiva; Carla Marchetto; Diana Mula; Beatriz Muravchik; Magalí Gutierrez

Autoras/es: Lorenzo Sartorio 2160, Concepción del Uruguay, Entre Ríos. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina.
Contacto: ema.schuler@uner.edu.ar

ARK: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s22504559/2qxwniaku>

Resumen

La presente investigación describe la percepción del equipo de salud y de la comunidad respecto del apoyo comunitario generado por el servicio de salud para el acceso de los adolescentes. Se realizaron entrevistas y grupos focales a fin de recoger y analizar las percepciones desde las voces del equipo de salud de dos centros de salud de la ciudad de Concepción del Uruguay, Argentina (Bartolomé Giacomotti y Bajada Grande) y las voces de los adolescentes y adultos de la comunidad. Los resultados dan cuenta que los adolescentes y adultos entienden que no es necesario concurrir al servicio de salud y relatan vergüenza y miedo como principales motivos. En cuanto a las competencias comunicacionales de los profesionales, se han detectado carencias expresadas por adolescentes y adultos que son reconocidas por el personal de salud por carencia de formación. En cuanto a las actividades de extensión, ambos centros sanitarios manifiestan no tener un plan de actividades además de evidenciar la falta de lazos con las organizaciones comunitarias. Como conclusión se determinó que la accesibilidad al sistema de salud por parte de los adolescentes está condicionada, en gran parte, por el apoyo comunitario generado por el servicio de salud.

Palabras clave: adolescencia, accesibilidad, apoyo comunitario

1. Introducción

Según datos del INDEC, Argentina tenía en 2020 una población de 45,4 millones de habitantes. De ellos, el 13% son adolescentes entre 10 y 19 años, es decir 5. 575.186 millones (UNICEF 2021) La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1990, define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (OMS 2023) La adolescencia temprana (de 10 a 14 años) se caracteriza por rápidas transformaciones biológicas en niños y niñas, con cambios hormonales e inicio de la capacidad de reproducción. La adolescencia tardía (15-19 años) se caracteriza por la maduración puberal y la adopción progresiva de más papeles y funciones de adulto. Durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta, los individuos, en general, adquieren o consolidan los recursos económicos, educativos, afectivos, culturales y sociales para mantener su salud y bienestar a lo largo del curso de la vida (OPS/OMS, 1995)

Según Dina Krauskopf, en la adolescencia “[...] los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia” (Krauskopf, 1994) Esta etapa, los jóvenes suelen transcurrirla con buena salud, por lo que la mortalidad y morbilidad son bajas en relación con otros grupos etarios; sin embargo es preocupante el riesgo desproporcionadamente alto de muerte prematura en los hombres jóvenes por violencia, tanto interpersonal como autoinfligida, el embarazo en las adolescentes que también están más expuestas al inicio precoz del período de reproducción, especialmente si son jóvenes de medios desfavorecidos, residen en entornos rurales o pertenecen a comunidades indígenas u otras minorías. También los problemas de salud mental y los factores de riesgo de muerte prematura y de enfermedad crónica a lo largo del curso de la vida son muy frecuentes y muestran una tendencia creciente. Se incluyen aquí los pensamientos y tentativas de suicidio, el consumo del alcohol, el sobrepeso, la obesidad y un modo de vida sedentario (OPS/OMS, 2018)

A su vez la OMS estima que un 70% de las muertes prematuras en la adultez son efecto de comportamientos iniciados durante la adolescencia y la juventud. Asimismo, dos de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles –el consumo de tabaco y de alcohol– tienden a iniciarse o arraigarse en la adolescencia. Dietas inadecuadas y actividad física insuficiente pueden comenzar durante la niñez, pero en la adolescencia se presenta la oportunidad de reforzar los beneficios que se obtienen de comportamientos positivos a través de programas y mensajes adecuados (OPS,2018)

Por lo expuesto, se considera que los y las adolescentes se encuentran en un momento particular del desarrollo y, por sus necesidades específicas, deben ser abordados como un grupo diferente al de los/as niños/as y los/as adultos/as, con experiencias de vida y necesidades diversas que varían de acuerdo a las situaciones que atraviesan según edad, sexo y contexto social y cultural. Por ello, diversos autores sostienen que se requiere la implementación de políticas públicas, tendientes a ampliar, fortalecer y promover el acceso de los adolescentes a los servicios de salud; así como también de incentivar cambios en las prácticas de los profesionales, como actores responsables del desarrollo de las acciones, que se adapten a las necesidades locales y las particularidades de la atención a los adolescentes (Ferrari, 2008), (Vieira,2011)

Muchos países han comprendido la importancia de prestar especial atención a la

salud de los adolescentes en las políticas, las estrategias y los planes de salud a escala nacional. Un 84% de los documentos sobre política nacional de salud de 109 países, consignados en la base de datos de la OMS sobre los ciclos nacionales de planificación en el 2013, contenía alguna referencia a los adolescentes. Sin embargo, en la mayoría de los casos el interés se centraba en la salud sexual y reproductiva (incluida la infección por el VIH/sida) y las esferas como la salud mental, la violencia y las lesiones, el consumo de sustancias tóxicas, y los trastornos debidos al consumo de sustancias, las enfermedades crónicas, la nutrición o la actividad física se citaban con menor frecuencia (OPS, 2016).

Alcanzar una comprensión común de la salud de los adolescentes y de la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de atención a través del apoyo comunitario es fundamental para su inclusión verdadera en las estrategias de acción de los establecimientos de salud y de las políticas públicas a fin de iniciar de esta forma, una transformación profunda y compleja que redunde en las mejoras tangibles de los indicadores de morbimortalidad de esta población.

Ante la evidencia, existe consenso que, para mejorar los indicadores de morbimortalidad de los adolescentes, se necesitan servicios con estrategias para asegurar el apoyo comunitario. Se entiende que las conexiones sociales sirven como factores protectores para los adolescentes y, específicamente, la conexión familiar parece ser uno de los factores más importantes que protege contra los malos resultados de salud en la adolescencia, incluso después de tener en cuenta el origen étnico, el género, el ingreso y la estructura familiar (Viner et al, 2012). Fortalecer las relaciones de los adolescentes con sus familias, instituciones de instrucción y la comunidad promueve la capacidad de resistencia y los comportamientos de protección, lo que les permite tomar decisiones saludables e informadas sobre la vida sexual, la alimentación y el consumo de sustancias. La promoción de los derechos de los adolescentes debería impulsar todo un conjunto de factores de protección, como la educación (Baldwin et al., 2013; Maceira, Espínola, Aguirre, Cerrizuela, Encina, Garro et.al, 2017).

En esta línea se considera que el apoyo comunitario son los sistemas o estrategias generadas por el equipo de salud destinados a lograr que los padres, los tutores y otros miembros de la comunidad y las organizaciones comunitarias reconozcan la importancia de prestar servicios de atención de salud a los adolescentes, respalden esta prestación y fomenten la utilización de los servicios por parte de los adolescentes (OMS, 2016).

Por su parte, la accesibilidad al sistema de salud es considerada como una construcción constante de todos los actores implicados y que se ve atravesada principalmente por factores psico socio culturales (Andersen, 1998; Donabedian, 1973; Frenk, 1985; Giovanella y Fleury, 1995; Penchanski y Thomas, 1981; Garbus, 2012, Comes y Stolkiner, 2004, Landini, 2014). Por ello, la presente investigación se enmarca en una línea de trabajo que ha rescatado y ampliado la importancia de la dimensión cultural de la accesibilidad, considerando para su análisis el conjunto de vivencias, concepciones, creencias, pensamientos, saberes y representaciones de una población acerca de la salud. Esta dimensión, denominada simbólica por Stolkiner, presenta la posibilidad de que el imaginario social y las representaciones pueden constituirse en barreras de acceso a los servicios (Comes y Stolkiner, 2004; Comes et al., 2008; Garbus, 2012, Stolkiner y Otros, 2000).

En este sentido, investigar en torno al apoyo comunitario como factor promotor de

la accesibilidad al sistema de salud requiere el conocimiento de las percepciones, imaginarios y creencias de los actores implicados. Pensar en un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios merece recoger los significados que se generan en torno al proceso de atención de salud y que se imponen como canales que potencian u obstaculizan su acceso.

En esta misma línea, Comes Y. y colaboradores dan cuenta en su estudio que cuando un servicio diagrama su oferta sin considerar las prácticas y representaciones del grupo de usuarios al cual dirige su atención, está fomentando de esa forma un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios.

En este contexto, la literatura internacional da cuenta que las diferentes posibilidades de acceso y los distintos patrones de utilización de los servicios de salud son algunas de las formas en que se expresa la desigualdad ante los procesos de salud enfermedad atención/cuidado. Así como también los distintos anclajes estructurales de los sujetos (como la clase social, el género, la etnia) influyen diferencialmente en el acceso a los servicios de salud, a la vez que condicionan su utilización, generan distintas percepciones en los usuarios al respecto de estos procesos (ALAMES, 2008); (Breilh, 2009); (Checa, 2000). Otras investigaciones indican que las redes y los círculos sociales, así como las circunstancias biográficas y contextuales, son factores que también inciden en los comportamientos vinculados con los cuidados de la salud (Freidin y Timmermans, 2008), (Pescosolido, 1991).

Sin embargo, los estudios que integran a la comunidad como actor sustancial en la estrategia de mejora de la accesibilidad de los adolescentes a los servicios de salud, son escasos en la región. Por ello, estos aspectos que hacen a la accesibilidad y la participación de las familias, adolescentes y organizaciones comunitarias continúan siendo motivo de investigaciones en el campo.

Por lo expresado, el presente estudio evaluó el apoyo comunitario generado por el servicio de salud, recabando las voces del equipo de salud, de los y las adolescentes y sus familias respecto de la percepción del apoyo comunitario generado por el servicio de salud con el fin de contribuir con el acceso de los adolescentes. Cabe destacar que este estudio ha tomado, como referencia, las normas mundiales para mejorar el acceso de los y las adolescentes, redactadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya meta fundamental es mejorar la calidad de la atención dirigida a la adolescencia en los servicios de salud (OPS, 2016) En este marco, al referirnos al apoyo comunitario generado por los servicios de salud para el acceso a los mismos, se priorizaron tres dimensiones. La primera referida a las competencias comunicacionales de los trabajadores de salud entendidas como relevantes a la hora de comunicarse con padres, tutores, otros miembros de la comunidad y las organizaciones comunitarias. Otra dimensión son las alianzas que los servicios de salud forjan con los adolescentes, las familias y las organizaciones comunitarias, con el propósito de elaborar estrategias y preparar materiales sobre educación sanitaria y comunicación. Y por último otra dimensión que refiere al plan de actividades de extensión que organiza el servicio de salud a fin de promover el apoyo de las familias a la utilización de los servicios por parte de los adolescentes.

La hipótesis sustantiva que orienta esta investigación consiste en sostener que la mejora en la accesibilidad al sistema de salud por parte de los adolescentes está condicionada, en gran parte, aunque no exclusivamente, por el apoyo comunitario genera-

do por el servicio de salud. Es decir, que son los propios profesionales que conforman el equipo de salud, quienes se constituyen como actores fundamentales a la hora de poner en funcionamiento el apoyo comunitario. Esto implica que el equipo debe trabajar en estrategias destinadas a lograr que los padres, los tutores y otros miembros de la comunidad y las organizaciones comunitarias reconozcan la importancia de prestar servicios de atención de salud a los adolescentes, respalden esta prestación y fomenten la utilización de los servicios por parte de los adolescentes.

Objetivos

El Propósito

En el marco de lo expuesto anteriormente, esta investigación se propone contribuir a mejorar la accesibilidad y utilización de los servicios de salud por parte de los adolescentes, a través del apoyo comunitario generado por el servicio de salud, y con ello favorecer la obtención de mejores resultados en materia de salud.

Objetivo general

Evaluar el apoyo comunitario generado por el servicio de salud para el acceso de los adolescentes desde las competencias comunicacionales de los trabajadores de salud, las alianzas con organizaciones comunitarias y el plan de actividades de extensión, a través de las voces de todos los actores implicados.

Aportar marcos conceptuales que fundamenten adecuadamente el modelo de atención integral del adolescente.

Objetivos Específicos

1. Describir la percepción del equipo de salud sobre el apoyo comunitario generado por el servicio de salud para el acceso de los adolescentes.
2. Caracterizar la percepción de los adolescentes, sus familias y referentes de organizaciones comunitarias sobre el apoyo comunitario generado por el servicio de salud para el acceso de los adolescentes.
3. Describir las diferencias entre las percepciones del equipo de salud y la comunidad sobre el apoyo comunitario generado por el servicio de salud para el acceso de los adolescentes.

Metodología para alcanzar los objetivos

La propuesta metodológica se basó en una investigación exploratoria descriptiva con la adopción de triangulación de enfoques cuantitativos y cualitativos. A través de dicha metodología se describió el comportamiento de las categorías principales, y se identificaron pautas características resultantes de las combinaciones entre varias de ellas (Ynoub, R; 2007). El enfoque cuantitativo, permitió analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado, es decir permitió recoger datos relevantes sobre el conocimiento que tiene la comunidad (adolescentes, padres y referentes comunitarios) sobre la salud de los jóvenes. También aspectos sustantivos

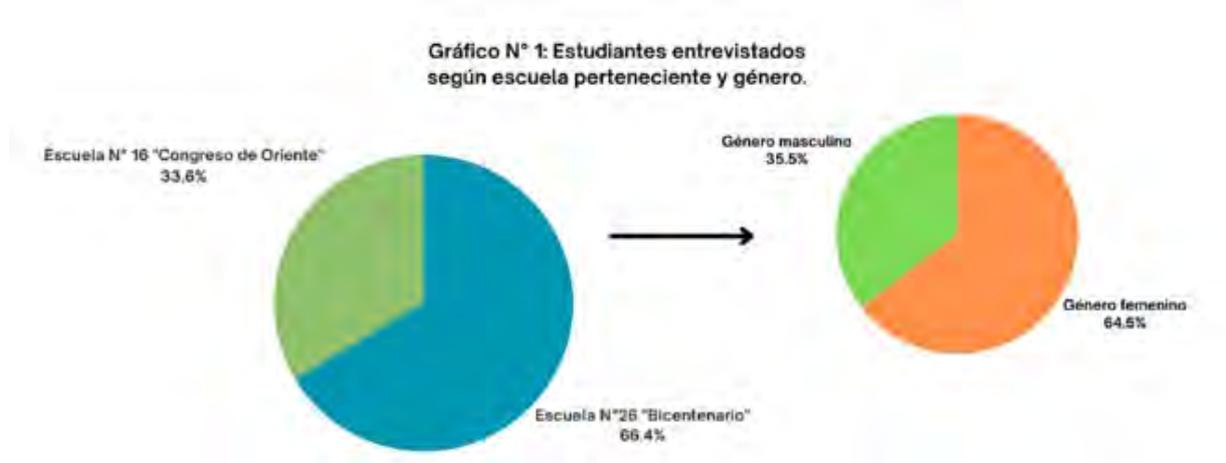
respecto del apoyo comunitario generado por el equipo de salud para el acceso de los adolescentes al sistema de salud. Los emergentes más relevantes sirvieron de sustrato para realizar los grupos focales.

El componente cualitativo de carácter descriptivo permitió comprender desde las perspectivas de los actores las percepciones sobre el apoyo comunitario que el sistema de salud utiliza como estrategia para mejorar la accesibilidad de los adolescentes a los servicios de salud. Para tal fin se utilizaron los grupos focales. La decisión de utilizar grupos focales generó un espacio abierto para que, desde los participantes durante la indagación, surjan los testimonios que resultaron refuerzo o contrariedad del estudio cuantitativo, integrando al mismo la perspectiva de los sujetos estudiados tal como señala Roxana Ynoub (Ynoub, R; 2007).

2. Resultados

2.1 Perfil sociodemográfico de los participantes del estudio Estudiantes

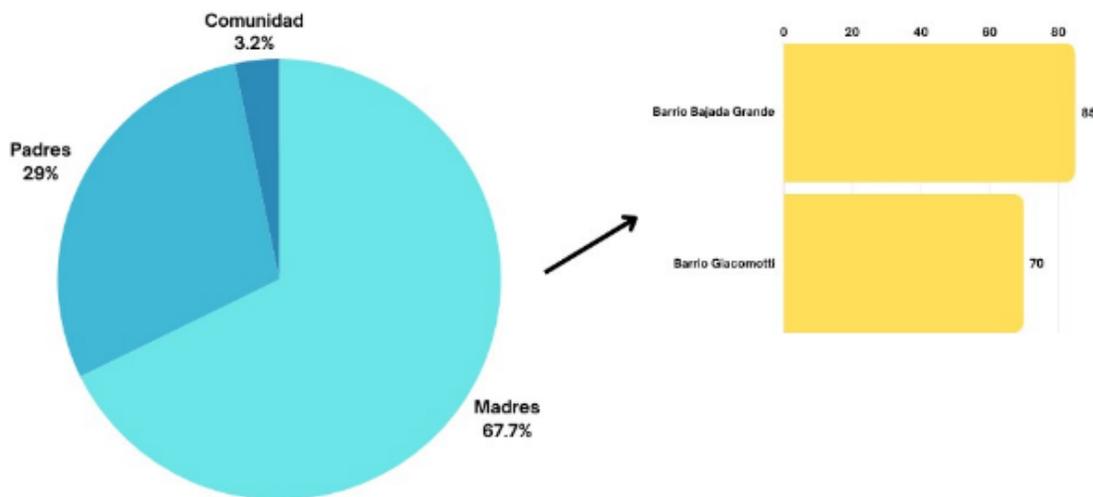
Se entrevistaron un total de 152 estudiantes que concurrieron a las escuelas pertenecientes al área programática de los Centros de Atención Primaria de la Salud Giacomotti y Bajada Grande: Escuelas Secundarias N°26 “Bicentenario” y N°16 “Congreso de Oriente”. El rango etario de la población estudiada fue de 12 a 18 años, y el promedio de edad fue de 15 años. Gráfico 1.



Padres, madres y/o tutores

Se entrevistaron a 155 adultos de la comunidad, residentes en los barrios del área programática de cada uno de los CAPS mencionados. Del total, 105 son madres de los adolescentes, 45 padres y 5 personas de la comunidad. En cuanto al domicilio, 70 adultos viven en el barrio Giacomotti y 85 en el Barrio Bajada Grande. Gráfico 2

Gráfico N°2: Adultos entrevistados y lugar de domicilio.



Personal de salud

El personal de salud entrevistado pertenece a los dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) seleccionados para el presente estudio. Se realizaron 6 entrevistas a profesionales de la salud y un personal de apoyo del Centro de salud Bajada Grande. Del Centro de Salud Bartolomé Giacomotti se entrevistaron 7 profesionales de la salud y 2 personas afectadas a personal de apoyo.

Información que poseen los adolescentes respecto de su propia salud

Las entrevistas realizadas a adolescentes (N=152) indagaron en torno a la información que ellos poseían sobre los principales problemas de salud: qué es la anemia y cómo prevenirla, consecuencias sobre ser padres a temprana edad, necesidad de realizarse controles médicos, dónde obtener atención médica, conocimiento sobre métodos anticonceptivos y dónde obtenerlos, conocimiento sobre el uso de las pastillas anticonceptivas de emergencia, conocimiento sobre el uso correcto de los preservativos, conocimiento sobre el HIV y donde realizar una prueba de detección del HIV, ciclo menstrual, infecciones de transmisión sexual. Estos datos se consideran relevantes a fin de establecer el grado de formación recibida en relación al cuidado de su salud. El análisis de las entrevistas permitió identificar un nivel de información bajo en adolescentes de ambas escuelas, con un 9,7% de respuestas correctas de la Escuela N° 16, y un 8,3% de la Escuela N°26 en el grupo de adolescentes de 11 a 14 años. En el grupo de 15 a 19 años se obtuvieron respuestas correctas en un 30,8% de la Escuela N°16 y un 40,3% de la Escuela N°26. A este grupo etáreo se le agregaron preguntas relacionadas específicamente con los métodos anticonceptivos.

Información que poseen los adolescentes respecto de dónde y cuándo obtener atención de salud.

Del total de adolescentes entrevistados, sólo 21 asistieron en algún momento a consultas de salud durante los años 2019 y 2020. Los motivos estuvieron ligados a acciden-

tes hogareños (2), accidentes de deportes (1), episodios gastrointestinales (3), procesos respiratorios (11), consulta por métodos anticonceptivos (4). (Gráfico N°2)

El 100% de los adolescentes respondieron que no recibieron información u orientación sobre los servicios de salud en clubes, escuelas o reuniones comunitarias. Y en este contexto, manifestaron no saber cuándo concurrir específicamente a los servicios de salud. El 100% responde que lo harían frente a trastornos que le imposibiliten continuar con su vida cotidiana y el 99% de los entrevistados expresó que la necesidad de concurrir a un servicio de salud se relaciona con episodios agudos como gastroenteritis y procesos respiratorios. Sin embargo, no mencionaron la necesidad de realizar controles de salud y/o recibir información respecto de conductas saludables.

En las entrevistas, los adolescentes refieren no concurrir al control de salud periódicamente (N=129) 85% y, los que concurren en algún momento de sus vidas, se debió a que sus padres los motivaron, tomaron la decisión y los acompañaron (N=23) 15%. Al profundizar estos aspectos en los grupos focales, las expresiones de los adolescentes permitieron rescatar que la figura del padre y de la madre son los más nombrados en cuanto a referentes de su salud y que son ellos quienes deciden dónde y cuándo asistir a consultas de salud.

En este contexto se desprende que únicamente concurren ante una sintomatología que les impida continuar con sus actividades cotidianas. Las entrevistas también permiten conocer las diferentes causas enunciadas por los adolescentes sobre concurrir o no al servicio de salud: (N=132) 50% que prefieren no concurrir al establecimiento de salud, en un 43.57 % (115) expresan no tener necesidad y un 6.43% (17) no sabe. Al profundizar estos aspectos surgen expresiones que se reiteran: “miedo y vergüenza” expresados tanto en mujeres como en varones.

Conocimiento de los adultos respecto de la salud de los adolescentes.

Del total de adultos entrevistados (N°155) surgen expresiones que permiten inferir que ellos, al igual que sus hijos, desconocen aspectos claves sobre la salud de los adolescentes.

Respecto a la importancia de concurrir al control de salud, los adultos expresaron en un (N=101) 65%, que no tienen tiempo para acompañar a sus hijos al control y un (N=54) 35% desmereció la necesidad de que realicen un control de salud anual.

Conocimiento de los profesionales de la salud respecto de la salud de los adolescentes

Los profesionales de la salud entrevistados refieren brindar una atención integral a los adolescentes, sin embargo, no reciben consultas espontáneas de adolescentes para realizar controles de salud, sino que la concurrencia de este grupo poblacional está relacionada principalmente con su salud ginecológica y la necesidad de adquirir métodos anticonceptivos. Aspecto que los profesionales de la salud adjudican a la falta de interés de los adolescentes por conservar su salud. También refieren brindar atención ante urgencias relacionadas con procesos respiratorios y gastrointestinales principalmente.

En cuanto a la atención a adultos, los profesionales refirieron no haber conversado con los usuarios respecto de la importancia de fomentar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud y de las características de los servicios brindados.

Conocimiento de los profesionales de la salud sobre los derechos de los adolescentes

Los profesionales expresaron conocer las políticas de las medidas para proteger la privacidad y la confidencialidad de los adolescentes. Relataron que las instalaciones del servicio poseen una distribución y organización que resguarda estos aspectos.

Aspectos comunicacionales de la consulta

Del total de jóvenes que respondieron sobre la calidad del servicio recibido en el sistema de salud (N=152), el 94% la consideró como buena y sólo un 6% de los/as adolescentes consideraron la atención como de mala calidad. En aquellos casos en los que refirieron mala calidad, argumentaron que no les gusta concurrir a los establecimientos de salud principalmente por la falta de una atención cordial por el personal administrativo. Sin embargo, el 100% refirió haber recibido un trato cordial, amable y respetuoso por parte del profesional de salud durante la consulta.

En los grupos focales los relatos dieron cuenta de una comprensión de los aspectos conversados en la consulta, sin embargo, argumentaron no retener aspectos esenciales de la información recibida. Además, no recibieron folletos o materiales informativos que ilustran la información brindada por el profesional.

En el entorno de la consulta, no refieren haber participado en la toma de decisiones sobre su salud y consideran positivo que el profesional tome la decisión final. Sin embargo, más del 50% de los adolescentes no estuvieron completamente de acuerdo y no entendieron la prescripción profesional. Un dato que resulta interesante es que el 100% de los adolescentes que concurren a la consulta, manifestaron que el proveedor de salud nunca les preguntó si estaban de acuerdo con el tratamiento recibido.

Del total de adolescentes que concurren a la consulta, sólo el 2,5% (N=5) fue convocado a una nueva consulta, pero, los propios adolescentes desestimaron la necesidad de concurrir nuevamente por encontrarse bien.

Los adolescentes que concurren a la consulta durante el año 2019 y 2020, (N=21), refirieron ser atendidos en un lugar privado (consultorio), sin embargo, las usuarias adolescentes que concurren acompañadas al centro de salud (madre, novio, amiga) refirieron en un 100% no haber tenido un momento de privacidad con el profesional de salud. En cuanto a los aspectos de confidencialidad, el 100% no recordó que el profesional de la salud haya mencionado ese aspecto, y tampoco evidenciaron anuncios sobre política de confidencialidad en el establecimiento de salud.

Capacitación en relación a las habilidades comunicacionales

El 100% de los profesionales de la salud entrevistados (N=16) refirieron no haber sido capacitados en habilidades comunicacionales para conversar con los adolescentes y tampoco habilidades para conversar con los adultos y los miembros de la comunidad. En el mismo sentido, tampoco recibieron capacitación específicamente sobre políticas de privacidad y confidencialidad, sin embargo, refirieron respetar estos aspectos en la atención a los adolescentes.

Con respecto a la importancia de respetar el derecho de los adolescentes a recibir información y una prestación de atención de salud que sea respetuosa, exenta de prejuicios y discriminación, el 100% de los profesionales entrevistados expresaron realizarlo.

Conocimiento que posee el personal de apoyo de los Centros de Salud sobre los derechos de los adolescentes

El personal de apoyo entrevistado, refirió no haber recibido capacitación sobre prestación de servicios a los adolescentes, y tampoco sobre formas de comunicarse eficazmente con los usuarios adolescentes. A través de los relatos se rescató que desconocen las necesidades especiales de los usuarios adolescentes. También expresaron no haber participado en reuniones del establecimiento con el fin de examinar la calidad de los servicios que se prestan a los adolescentes y planificar las medidas para mejorarlos como por ejemplo: horarios, tiempos de espera, consultas sin cita previa.

2.2. Desde las voces de los adultos

Información suministrada a los adolescentes y aspectos comunicacionales

La información suministrada por los adultos (N= 155) permitió inferir que el personal de salud no ofrece asesoramiento a los adultos que acuden al establecimiento de salud acerca de los servicios que se brindan a los adolescentes y de por qué es importante que los adolescentes utilicen estos servicios. De la misma forma, estos adultos no han evidenciado que los profesionales de la salud utilicen materiales de apoyo a la comunicación para revalorizar e incentivar la utilización de los servicios de atención de salud por parte de los adolescentes.

Los relatos también mostraron cierto desconocimiento de los adultos respecto de la importancia de que sus hijos concurran al establecimiento de salud más allá de presentar o no síntomas de enfermedad. Los padres de hijas mujeres advirtieron de la importancia de la planificación familiar en dichos centros, pero desmereciendo la necesidad de concurrir sin la presencia de signos y síntomas.

2.3. Desde las voces del personal de salud

Los profesionales de la salud entrevistados (N=13), refirieron estar capacitados para abordar en forma integral a los adolescentes. Sin embargo, expresaron que las consultas por controles de salud son muy bajas por desinterés de los adolescentes.

En este mismo sentido, los profesionales de la salud expresaron no conocer las necesidades o expectativas de los adolescentes, como tampoco si los horarios de atención para ellos son los convenientes justificando que no se realizan encuestas de satisfacción. Además, refirieron no conversar en la consulta al respecto de estos aspectos.

DIMENSIÓN 3: ACTIVIDADES DE EXTENSIÓN

Este trabajo entiende que extensión es toda actividad relacionada con la salud, de tipo extrainstitucional (que tiene lugar fuera de los establecimientos de salud) y coordinada por el sistema de salud. La finalidad de las actividades de extensión en materia de atención de salud a los adolescentes consiste en llegar a los adolescentes llevando los servicios cerca de donde ellos se encuentran, es decir, las escuelas, las universidades, los clubes, las iglesias, los lugares de trabajo, los entornos callejeros, los albergues o dondequiera que se reúnen los jóvenes. (OMS 2016)

Del total de entrevistas realizadas al personal de salud, pertenecientes a los dos centros de salud, se puede inferir que no presentan un plan de actividades de extensión organizado por la institución. Sin embargo, los relatos permiten rescatar diferentes acciones realizadas en el entorno comunitario. Del total de los profesionales entrevista-

tados se evidencia que todos en algún momento han brindado capacitaciones en las escuelas, principalmente sobre educación sexual, pero no sobre salud de los adolescentes en general. Estas “charlas” han sido brindadas por los profesionales en virtud de solicitudes presentadas desde las instituciones educativas.

Por su parte, los adolescentes del Barrio Giacomotti refirieron recibir información sobre salud sexual y reproductiva en las escuelas y en los Salones de usos múltiples, sin embargo, los adolescentes del Barrio Bajada Grande expresaron no haber obtenido tal información.

DIMENSIÓN 4: ALIANZAS QUE FORJAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD CON LA COMUNIDAD

La totalidad de los profesionales de salud y el personal de apoyo entrevistado, refirieron no haber colaborado con organizaciones comunitarias con el propósito de elaborar estrategias y preparar materiales de educación en salud y comunicación orientada a mejorar el acceso de los adolescentes al servicio de salud.

Discusión

En cuanto a la competencia comunicacional, entendemos que es la capacidad para saber qué decir, a quién, cuándo y cómo decirlo. Implica el desarrollo de aspectos lingüísticos, psicológicos y sociológicos que dan cuenta de habilidades y estilos específicos en relación al contexto y a los destinatarios. En este contexto, los adolescentes evaluaron la calidad de las consultas como buena en un 94% y además refirieron un trato cordial y amable por parte del profesional de salud. Sin embargo, al profundizar en este aspecto, los adolescentes mencionaron que, si bien comprenden los aspectos conversados en la consulta, no son capaces de retener datos esenciales de la información brindada por los profesionales. Además, manifestaron no recibir folletos o materiales informativos que ilustre y aclare la información brindada por el profesional.

Del total de adolescentes que concurren a la consulta, sólo el 2,5% (N=5) fue convocado a una nueva consulta, pero, los propios adolescentes desestimaron la necesidad de concurrir nuevamente por encontrarse bien. Aspecto que permite inferir que la consulta es un espacio clave para generar lazos y potenciar la continuidad en la atención, pero que los datos recogidos permiten describir barreras tanto del propio adolescente como las que construyen los profesionales.

Las diferentes expresiones permiten entender que la comunicación es central para motivar el acceso de los adolescentes al establecimiento de salud. Datos similares fueron reportados en otros estudios donde se destaca que la falta de conocimiento sobre derechos y deberes de los usuarios constituye una barrera para acceder a los servicios de salud. (Restrepo-Zea, Silva-Maya, Andrade-Rivas, y VH-Dover, 2014)

Conocimiento sobre la salud de los adolescentes y acceso a los servicios de salud

El 95% de ellos (N:145) en general presenta carencias en cuanto al conocimiento de su propio cuerpo y de los procesos fisiológicos propios de su edad, como el ciclo menstrual, entre otros.

Estos datos son coincidentes con estudios similares (Sorensen, Van den Broucke,, Fullam, et al.,2012; OMS, 1998; Navarro-Rubio, Rudd, Rosenfeld, y Arrighi, 2016; Juvinyà-Canal, 2021)

Datos extraídos de la literatura, indican que los adolescentes no poseen suficientes conocimientos básicos sobre la salud que les permitan obtener acceso a la información, comprenderla y utilizarla eficazmente de manera que favorezca y conserve su buen estado de salud (OMS, 2014). Entendiendo que los conocimientos básicos sobre su cuerpo son fundamentales para conservar la salud y comprenden, entre otras cosas, el reconocimiento oportuno de la necesidad de acudir a los servicios salud o a otros servicios; la capacidad de buscar asesoramiento y atención, incluida la concertación adecuada de las citas; y la capacidad de orientarse dentro del sistema de servicios disponibles, que en ocasiones puede ser complicado. En este contexto, se podría pensar que la falta de conocimientos de los adolescentes respecto de los cuidados de la salud deviene de una escasa educación al respecto y a una pobre comunicación con referentes de salud. En este sentido diferentes autores toman en consideración el término de alfabetización en salud como la capacidad de las personas para obtener y procesar información, con el fin de tomar decisiones informadas que les permitan prevenir enfermedades y promover su salud. Diferentes autores argumentan que una limitada alfabetización en salud puede convertirse en una barrera que limite el acceso al sistema de salud (Sorensen , Van den Broucke,, Fullam, et al.,2012; OMS, 1998; Navarro-Rubio, Rudd, Rosenfeld, y Arrighi, 2016; Juvinyà-Canal, 2021)

En cuanto al conocimiento sobre dónde y cuándo obtener atención en salud, se evidencia que las consultas han sido muy bajas (21 %) y los motivos por los que consultaron estuvieron ligados a accidentes hogareños, accidentes de deportes, episodios gastrointestinales, procesos respiratorios, consulta por métodos anticonceptivos. Motivos de consulta que son coincidentes con la literatura consultada, en la que se demuestra que, si bien la morbilidad y mortalidad de la población adolescente es más baja que la de otros grupos poblacionales, los problemas de salud se relacionan en general con los accidentes de tránsito, el sedentarismo, desórdenes alimenticios y obesidad (UNICEF, 2017, SAP/UNICEF 2020; Maceira, Urrutia, Olaviaga, Cerrizuela, Chami, Díaz, Chamud, et.al., 2014; Escobar, Keller y Vazquez, 2017).

En la misma línea, un 76% de los adolescentes expresaron que prefieren no asistir al establecimiento de salud, por no tener necesidad y un 11% (N:17) afirmó que se debe a no saber cuándo concurrir. Profundizando estos aspectos los y las adolescentes dieron cuenta de que no solo no conocen cuándo y cómo concurrir al centro de salud, sino que además evidenciaron causas como: falta de motivación, vergüenza, miedo, disgusto. Manifestaron, además, no conocer los horarios de atención de los centros de salud y que sólo concurrirían a ellos frente a trastornos imposibilitantes para continuar con las acciones de la vida cotidiana. El 99% de los entrevistados expresó que la necesidad de concurrir a un servicio de salud se relaciona con episodios agudos como gastroenteritis, procesos respiratorios, solicitud de métodos anticonceptivos, sin embargo, no mencionan la necesidad de realizar o mantener un control periódico de su salud y/o recibir información respecto de conductas saludables. Aspectos que reafirman la percepción del servicio de salud como un lugar para resolver las urgencias. Como lo destacan los estudios consultados, a medida que los adolescentes crecen y en especial los varones, se va produciendo un distanciamiento del sistema de salud y se reemplaza el acceso planificado para control, por el uso del sistema solamente ante la urgencia. (Kornblit et.al, 2005, Maceira et al. 2014).

Según la literatura consultada y rescatando lo señalado por los autores anteriormente citados, el miedo y la vergüenza son dos elementos que actúan como importan-

tes barreras para acceder a los servicios. La vergüenza a exponer aspectos de su vida íntima y reconocer ante un adulto aspectos que no desean compartir, por ejemplo, su vida sexual. En esta línea, varios estudios dan cuenta que las barreras de acceso de los y las adolescentes al servicio de salud está ligado al miedo, temor a ser discriminados, por desconfianza y falta de apoyo de sus padres. (Garbus, 2017; Hirmas et al, 2010, Maceira, Espínola, Aguirre, Cerrizuela, Encina, garro et.al, 2017; Obach, 2020, Obach, Hasen, Cabieses, D'Angelo y Santander, 2020)

Al hablar de salud también se hizo evidente, en los relatos de los adolescentes, el escaso conocimiento sobre sus derechos e incluso el hecho de no haber participado en la toma de decisiones respecto de su salud. Más del 50% de los adolescentes no estuvieron completamente de acuerdo con la prescripción.

Estudios similares brindan diferentes resultados en cuanto al conocimiento de los derechos, sin embargo, dan cuenta coincidentemente, que aquellos adolescentes que los conocen no son capaces de ejercerlos. Lafferriere, J.N. (2017).

Un dato que resulta interesante es que el 100% de los adolescentes que concurren a la consulta, manifestaron que el proveedor de salud nunca les preguntó si estaban de acuerdo con el tratamiento recibido. En este sentido, este dato nos permite reflexionar respecto de la necesidad de que los adolescentes conozcan sus derechos, tomen consciencia y así adquieran el poder de ejercerlos plenamente.

Por lo expuesto se podría inferir que existen prácticas profesionales probablemente ancladas a viejos modelos que aún imperan en el quehacer profesional y que le adjudican un lugar de poder frente a los usuarios. Por su parte los adolescentes, frente a un desconocimiento de estos derechos y frente al hecho de la jerarquía no solicitan el cumplimiento de tales derechos. Otra perspectiva que justifica esta acción por parte de los profesionales es la falta de capacitación en lo que refiere a derechos de los adolescentes, aspectos relatados por los propios profesionales.

Al profundizar estos aspectos en los grupos focales emergieron aspectos como la privacidad, el trato no cordial por parte del personal administrativo, la dificultad de los turnos. Emergentes que ponen en tensión la relación del adolescente y el servicio de salud, constituyéndose en una barrera más para su acceso. En cuanto a la privacidad, el análisis de los datos recogidos permite una interpretación de la conducta del adolescente al entender que, si bien pretende ir acompañado al servicio de salud, también busca un momento de privacidad con el profesional. En este sentido, ellos refirieron ser atendidos en un lugar privado (consultorio), sin embargo, las usuarias adolescentes que concurren acompañadas al centro de salud (madre, novio, amiga) refirieron no haber tenido un momento de privacidad con el profesional de salud.

En el mismo sentido, la confidencialidad parece ser otro aspecto que no es explicitado por los profesionales en el marco de la consulta, según las voces de los adolescentes. Estos datos son coincidentes a los que se recabaron en estudios similares en los que se evidenció que las pacientes que sienten que su confidencialidad es respetada, es más probable que sigan las recomendaciones y tratamientos médicos, Olivari C. et all (2022).

En cuanto a los integrantes del equipo de salud (profesionales de la salud y personal administrativo) entrevistados, en su totalidad expresaron que no conocen las necesidades o expectativas de los adolescentes (horarios de atención, gustos en cuanto a la

infraestructura, modos de atención). Tampoco conocen la población de adolescentes vulnerables de la comunidad con respecto a los problemas de salud y expresan en su totalidad que no es habitual que estos concurren para un control de salud, sino que acceden únicamente ante patologías o por métodos anticonceptivos. Datos que coinciden con estudios consultados y que se evidencian con las expresiones brindadas por los adolescentes y los adultos de la comunidad. Abu Hamad, B., Jones, N., y Gercama, I. (2021)

Figuras paternas y maternas como apoyo para el acceso al servicio de salud

Un dato relevante en el presente estudio es que en los relatos de los y las adolescentes apareció muy fuerte la figura del padre y la madre como determinantes en las consultas de salud. Las expresiones de los adolescentes permitieron rescatar que ellos son los que deciden dónde y cuándo asistir a consultas de salud. Del total de consultas realizadas por adolescentes se debió a que sus padres los motivaron y acompañaron en algún momento.

Al igual que en otros estudios realizados en poblaciones similares, en general, los y las adolescentes no acuden espontáneamente a los servicios, sino que son derivados por otros programas o servicios, o también acceden por la preocupación de los padres frente a situaciones de salud que les preocupe (Comes et al, 2007; Hirmas, 2010; Maceira, Espínola, Aguirre, Cerrizuela, Encina, garro et.al, 2017; Abu Hamad et al. 2020).

En este sentido la figura de los padres apareció en una situación central tanto para motivarlos a consultar, como para obtener el turno y acompañarlos a la consulta. (BID, 2014). En un segundo plano surgieron en las expresiones la presencia de amigos o parientes (tía) como referentes a la hora de consultar por problemas de salud.

Diferentes estudios dan cuenta que los padres, los tutores, la familia y los líderes comunitarios y religiosos desempeñan una función importante en el respaldo a los adolescentes para obtener acceso a los servicios y utilizarlos (OMS, 2014a; Denno, Hoopes, Chandra-Mouli, 2015). Aspectos que abonan a la hipótesis sustantiva de este trabajo, determinando la importancia del apoyo comunitario para el acceso de los adolescentes al sistema de salud.

Por su parte, los adultos entrevistados, (padres, madres y tutores de los y las adolescentes entrevistados) desconocen aspectos claves sobre la salud de los adolescentes. Es interesante reconocer cómo los padres, madres y tutores mencionaron el establecimiento educativo como ámbito de aprendizaje de conductas saludables, y en contraposición los adolescentes, es decir sus hijos, no mencionaron esta institución como lugar para dichos aprendizajes o como referentes en temas de salud. Además, el 65% de los adultos expresaron no tener tiempo para acompañar a sus hijos y, además, un 35% desmereció la necesidad de que sus hijos se realicen un control de salud anual. Un aspecto que ha resultado emergente en investigaciones similares y reconocido por los adolescentes como “falta de apoyo de los padres” como se ha identificado en los ejes anteriormente analizados.

Por lo expuesto, se podría pensar que, la escasa percepción de la necesidad tanto de los adolescentes como de su familia, afecta negativamente el acceso, a pesar de existir condiciones objetivas desde la oferta para la satisfacción de la demanda. También nos permite entender que los padres constituyen un apoyo fundamental para favorecer el acceso de los adolescentes al servicio de salud, pero que lamentablemente su percep-

ción negativa al respecto no colabora en este sentido. (Landini et al., 2014; Comes et al., 2007, Garbus et al., 2007)

Por lo expresado, podríamos hablar de tres tipos de barreras que se construyen desde los imaginarios de los adolescentes, sus padres y los profesionales de la salud, un tanto disímiles y que abonan a un claro desencuentro en el área de salud. **1. Barreras de los adolescentes** denominándose: “barreras propias de los adolescentes”, tomando como ejemplo el Documento de Trabajo CEDES (Maceira, Espínola, Aguirre, Cerrizuela, Encina, Garro et.al, 2017). Se trata de los casos donde la consulta no se concreta porque el/la adolescente no se anima a ir solo, tiene vergüenza o miedo, o por desconocimiento que también podrían enunciarse como barreras simbólicas como lo identifica Stolkiner (2005). En donde los universos simbólicos, es decir las creencias y significados que construyen los propios adolescentes sobre el servicio de salud operan como barreras ante el acceso al sistema. Barreras que también emergen, según la información relevada, debido a la falta de alfabetización en salud. **2. Barreras de los profesionales de la salud**, que consideran la falta de consultas de los adolescentes en los servicios de salud como una actitud de desinterés de los jóvenes. **3. Barreras de los adultos**, que también refirieron que la consulta de salud de sus hijos debe realizarse únicamente frente a patologías de urgencia. Estos relatos recogidos de las entrevistas realizadas a los adultos (N= 155) permiten inferir que el personal de salud no ofrece información a los adultos que acuden al establecimiento de salud acerca de los servicios que se brindan a los adolescentes y el motivo por el cual es importante que los adolescentes utilicen estos servicios. Aspectos que abonan a la generación de estas barreras y a la falta de un apoyo comunitario.

En este contexto Landini (2014) propone encuadrar este tipo de limitantes dentro de lo que denomina barreras psico-socio-culturales entendiendo que para abordar de manera específica la accesibilidad psico-socio-cultural, resulta necesario atender a la dimensión relacional a partir de la cual se articula la accesibilidad, focalizando tanto en las diferencias en las representaciones, actitudes y prácticas entre el sistema de salud, sus profesionales y los beneficiarios o pacientes, como en los conflictos que pueden surgir entre ellos. Entendida así, la accesibilidad psico-socio-cultural puede ser conceptualizada como una interfaz social. Landini, F., et al (2014). En la misma línea el documento producido por CEDES-UNICEF (Maceira, Espínola, Aguirre, Cerrizuela, Encina, garro et.al, 2017) señala que estas razones reflejan un déficit de comunicación entre el conjunto de adolescentes y el sistema de salud, que involucra acciones más complejas de acercamiento a la problemática de los/as adolescentes.

Estas barreras que emergen en este estudio dejan a la luz la importancia de una comunicación eficaz con figuras referentes de los adolescentes, como sus padres y tutores, a fin de constituirse en el apoyo comunitario para generar un acceso oportuno de los jóvenes al sistema de salud.

También se puede inferir que desde las voces de adolescentes como de los profesionales de la salud entrevistados, no existe una acción sistemática para recoger información referida a la satisfacción, necesidades y/o perfil del usuario. Aspecto que ya ha sido abordado en el apartado anterior y que da cuenta del desconocimiento que poseen los profesionales que integran el equipo de salud respecto de la población destinataria de su servicio. En este contexto se podría inferir que no se desarrollan lazos entre el equipo de salud y los adolescentes a fin de reconocerlos como sujetos claves en la calidad de atención (Nirenberg, 2006; De Jesús, 2011)

En este contexto podemos advertir que existe una diferencia entre las voces de los adolescentes, los adultos y de los profesionales de la salud en torno a los motivos que lleva a los adolescentes a consultar. Del análisis emerge que el desconocimiento o la falta de información de adolescentes y adultos respecto de cuándo y por qué concurrir al sistema de salud llevan a la ausencia de consultas periódicas de los adolescentes -basadas principalmente en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad-, aspecto que es percibido por los profesionales como falta de interés por su salud.

Datos que permiten pensar en que los significados construidos en torno a las causas que promueven o limitan el acceso de esta población al sistema de salud son diferentes y contrapuestos. Los significados en cuanto a las causas evidenciadas son coincidentes con los estudios recabados, reconociendo representaciones diferentes en los imaginarios de adolescentes y profesionales de la salud. Imaginarios que se constituyen en mundos simbólicos y que emergen en los relatos.

Además, se podría pensar en un desencuentro entre la sociedad y el servicio de salud, con construcción de significados diferentes en torno a la salud y la necesidad de cuidados.

En cuanto a los derechos de los adolescentes, uno de los ejes centrales en la atención de los adolescentes en diversos países es el desconocimiento que existe por parte de los equipos de salud respecto a las regulaciones o normativas existentes en torno a la atención de este grupo poblacional. Esto queda de manifiesto también en la presente investigación a través de las voces del personal de salud. Los testimonios dejan entrever el grado de conocimiento que poseen los profesionales de la salud respecto de los derechos de los adolescentes y a su vez la imposibilidad de llevar adelante los aspectos normativos y legales que los protegen.

A partir de lo expuesto podríamos definir que el desconocimiento de los profesionales respecto de la salud de los adolescentes se constituye en barreras de los profesionales de la salud para el acceso de los adolescentes.

Por su parte, los integrantes del equipo de salud entrevistados, refirieron brindar una prestación de atención de salud respetuosa, exenta de prejuicios y discriminación, pero además refirieron no haber sido capacitados en habilidades comunicacionales para conversar con los adolescentes y tampoco habilidades para conversar con los adultos y los miembros de la comunidad. Tampoco han recibido capacitación sobre políticas de privacidad y confidencialidad, sin embargo, refirieron respetar estos aspectos en la atención a los adolescentes. En este sentido se podría inferir que la falta de capacitación formal de los/las profesionales de salud en temáticas vinculadas a los aspectos comunicacionales y de relación interpersonal con los adolescentes podrían emerger como barreras en el acceso al sistema de salud.

Esta carencia de herramientas para trabajar con jóvenes hace que los equipos de salud no puedan establecer una relación profesional-usuario óptima que garantice no sólo el acceso sino la continuidad en el proceso de cuidado-atención de la salud. Además, la falta de un plan de capacitación permanente, expresado por los entrevistados podría facilitar el que se perpetúen una serie de estigmatizaciones por parte de los equipos de salud sobre este grupo etario, al considerarlos “el problema”, asociándose con prácticas y actitudes irresponsables y faltas de interés, dejando de lado los aspectos positivos y protectores de esta población. Aspectos que son presentados también en estudios similares. Obach A. et. all (2020)

En este marco la literatura sostiene que las habilidades de comunicación no son innatas, sino aprendidas. Dentro de las habilidades comunicacionales, resulta indispensable que el profesional sea capaz de reconocer, interpretar y empatizar con la realidad del paciente. Al hablar de empatía, se hace referencia especialmente a la capacidad del profesional de identificarse con el otro, desde un marco de respeto y comprensión, aún si no estuviera de acuerdo con él; se trata de identificar el marco de referencia de la otra persona. El profesional debe lograr adaptarse a cada paciente y situación, contando con la sensibilidad adecuada y considerando su dimensión emocional y cultural. Asimismo, debe primar el asertividad como cualidad al momento de entablar el diálogo. El asertividad es una habilidad que permite expresar la opinión, ideas y sentimientos de modo tal de dejar clara la posición particular, pero sin hacer daño o provocar un perjuicio (Vaucheret, 2002). En la misma línea, diferentes estudios dan cuenta de la falta de comunicación efectiva con los usuarios adolescentes e incluso, la deficiencia en la capacitación del personal, aspectos que colaboran en la deshumanización de la atención en salud (Pabón-Ortíz, Mora-Cruz, Buitrago-Buitrago, Castiblanco-Montañez, 2021)

Según la OMS (2014) en todo el mundo, existen cada vez más datos que prueban que la formación en medicina del adolescente mejora el desempeño clínico de los profesionales de la atención sanitaria (Sanci, 2000; Sawyer, 2013). No obstante, subsiste una paradoja: los profesionales de la salud manifiestan gran interés en adquirir competencias para trabajar mejor con los adolescentes, sin embargo, sus necesidades de formación siguen desatendidas. Como se puede observar, existe nuevamente un desencuentro entre las percepciones de ambos grupos investigados en torno a aspectos centrales para el acceso de los adolescentes al servicio de salud.

Según la OMS, en el documento de Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria (OMS, 2015) se destaca que los proveedores de atención de salud deben ser competentes no solo en la coordinación asistencial de las situaciones clínicas específicas de los adolescentes, sino que deben demostrar que tienen conciencia de que sus propias actitudes, valores y prejuicios pueden interferir con su habilidad para prestar a los adolescentes una atención confidencial, no discriminatoria, exenta de prejuicios y respetuosa.

ACTIVIDADES DE EXTENSIÓN DESARROLLADAS POR EL PERSONAL DE SALUD

Del total de profesionales entrevistados se desprende que aquellos que pertenecen al Centro de Salud B. Giacomotti, refirieron haber realizado un diagnóstico de situación de salud del área de influencia y por tanto contar con dicha información, sin embargo, el personal del Centro de salud Bajada Grande refirieron no tener datos certeros de la población destinataria. En este contexto observamos que el desconocimiento de la población destinataria se evidencia por no existir un plan de registro y conocimiento de la población destinataria. Para brindar un servicio de calidad es imprescindible conocer la población del área programática, en especial los grupos de mayor vulnerabilidad, a fin de intensificar las acciones que promuevan su acceso y asegurar una atención equitativa y de calidad.

Por otro lado, de los 155 adultos entrevistados, solo el 10% de los que habitan en el barrio cuya área programática pertenece al Centro de Salud Giacomotti, refirieron haber tenido contacto con agentes sanitarios y parteras de la comunidad en relación a temas de salud sexual y reproductiva. En ese contexto los entrevistados relataron

que se estimulaba la concurrencia a los servicios de salud para acceder a un método anticonceptivo y realizarse el PAP. Estos datos son coincidentes con los motivos de consulta mencionadas por los adolescentes. Un aspecto sustancial a tener en cuenta, reconociendo el valor positivo que imprime el trabajo del personal de la salud en la comunidad, es decir la importancia de generar actividades de extensión para mejorar el acceso de los adolescentes al sistema de salud. En este sentido, y según la literatura consultada, las acciones del personal de salud se traducen en percepciones positivas respecto del servicio de salud por parte de los usuarios. Bustamante M. et all (2020)

Sin embargo, tanto los adultos como los referentes barriales manifestaron no haber presenciado charlas o eventos en relación a la salud en general de sus adolescentes, es decir actividades de su salud en general y no solo las que promocionen la salud sexual y reproductiva de esta franja etaria. Por lo expuesto, a través del presente estudio se podría inferir cierta falta de información de los padres respecto de la salud de sus hijos, aspecto que podría influir en la falta de acceso de los adolescentes al sistema de salud. Ello también estaría evidenciando falta de comunicación entre los prestadores de salud y los adultos respecto de la salud de los adolescentes.

Por su parte, la literatura internacional consultada ha puesto foco en la relación de los comportamientos de los adolescentes con los determinantes sociales. Entre los factores de protección se encuentran la autoestima positiva; una capacidad firme de adoptar decisiones en la vida que fomenta la escolarización; la participación en actividades deportivas e instituciones religiosas y la promoción de vínculos estrechos y positivos con compañeros y familiares (Baldwin et al. 2013; Viner, Ozer, Denny, Marmot, Resnick, y Fatusi et al., 2012). Aspectos que se han detectado en la presente investigación.

Las conexiones sociales sirven como factores protectores para los adolescentes y, específicamente, la conexión familiar parece ser uno de los factores más importantes que protege contra los malos resultados de salud en la adolescencia, incluso después de tener en cuenta el origen étnico, el género, el ingreso y la estructura familiar (Viner et al, 2012). Fortalecer las relaciones de los adolescentes con sus familias, instituciones de instrucción y la comunidad promueve la capacidad de resistencia y los comportamientos de protección, lo que les permite tomar decisiones saludables e informadas sobre la vida sexual, la alimentación y el consumo de sustancias. La promoción de los derechos de los adolescentes debería impulsar todo un conjunto de factores de protección, como la educación (Baldwin et al., 2013; Maceira, Espínola, Aguirre, Cerrizuela, Encina, Garro et.al, 2017). En esta misma línea, Comes Y. y colaboradores dan cuenta es su estudio que cuando un servicio diagrama su oferta sin considerar las prácticas y representaciones del grupo de usuarios al cual dirige su atención, está fomentando de esa forma un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios. Por ello resaltan que es importante pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

Del total de los profesionales entrevistados se evidencia que no existe un plan de acción definido formalmente, pero que todos los profesionales en algún momento han brindado capacitaciones en las escuelas sobre ESI, no sobre salud de los adolescentes en general. Estas “charlas” han sido brindadas por los profesionales en virtud de solicitudes presentadas desde las instituciones educativas.

Al analizar los datos recabados por este estudio, emergieron ciertos aspectos esenciales que se detallan en la bibliografía y que operan como barreras en la accesibilidad de los adolescentes al sistema de salud. En consonancia, la literatura da cuenta que estos aspectos ligados a los conocimientos de los adolescentes sobre su propia salud, el desarrollo de competencias profesionales idóneas para brindar servicios de calidad a los adolescentes y la organización de espacios de atención preparados para recibir a los adolescentes y respetar sus derechos, se consideran fundamentales y determinantes para garantizar el acceso de esta población al sistema de salud (Ministerio de Salud de la Nación – UNICEF, 2016).

Conclusiones

El presente trabajo de investigación se propuso describir la percepción del equipo de salud y de la comunidad respecto del apoyo comunitario generado por el servicio de salud para el acceso de los y las adolescentes. En este contexto se recogieron y analizaron las percepciones desde las voces de los profesionales de la salud (médicos, obstétricas y enfermeras) y personal de apoyo de dos Centros de Salud (Bartolomé Giamotti y Bajada Grande) y las voces de los y las adolescentes, sus familias y referentes de organizaciones comunitarias del área programática. Se realizaron entrevistas y grupos focales a fin de recoger las diferentes percepciones sobre el apoyo comunitario y se caracterizaron las similitudes y diferencias construidas en tal sentido.

En este marco consideramos la accesibilidad como una construcción constante de todos los actores implicados y que se ve atravesada principalmente por factores psico socio culturales (Andersen, 1998; Donabedian, 1973; Frenk, 1985; Giovanella y Fleury, 1995; Penschanski y Thomas, 1981; Garbus Stolkiner Landini). Por ello, la presente investigación se enmarca en una línea de trabajo que ha rescatado y ampliado la importancia de la dimensión cultural de la accesibilidad, considerando para su análisis el conjunto de vivencias, concepciones, creencias, pensamientos, saberes y representaciones de una población acerca de la salud. Esta dimensión, denominada simbólica por Stolkiner, presenta la posibilidad de que el imaginario social y las representaciones pueden constituirse en barreras de acceso a los servicios (Comes y Stolkiner, 2004; Comes et al., 2008; Garbus, 2012, Stolkiner y Otros, 2000).

En este sentido, investigar en torno al apoyo comunitario como factor promotor de la accesibilidad al sistema de salud requiere el conocimiento de las percepciones, imaginarios y creencias de los actores implicados. Pensar en un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios merece recoger los significados que se generan en torno al proceso de atención de salud y que se imponen como canales que potencian u obstaculizan el acceso a los servicios de salud. Por lo expresado, recoger y analizar las voces de todos los actores nos permitió conocer tres grandes ejes limitantes en la generación del apoyo comunitario para el acceso de los adolescentes al servicio de salud y que operan a nivel de la interfaz usuario-servicio: conocimiento sobre salud que poseen los adolescentes y sus tutores; servicios de salud brindados a los adolescentes y las actividades de extensión realizadas desde el servicio de salud.

En torno al conocimiento sobre salud se evidencia que, tanto los propios adolescentes como sus tutores poseen escasa información respecto de los procesos biológicos como también sobre la importancia de mantener un contacto estrecho con el servicio

de salud a efectos de conservar una adecuada salud. A través de las expresiones que brindaron las voces de los adolescentes se rescataron emergentes como el miedo, la vergüenza y hasta el desconocimiento de los adolescentes sobre su cuerpo, de cómo cuidar su propia salud y dónde consultar. Un universo simbólico que pareciera no ser conocido por el equipo de salud y que plantea una barrera importante en el encuentro entre adolescentes y servicio de salud. Por su parte emerge la necesidad de que el equipo de salud conozca la población destinataria, desde los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, a fin de adaptar el servicio a las necesidades de la población sin desacreditar la complejidad que se entreteje en los saberes y prácticas de las personas. No sólo sus representaciones y significados sino sus necesidades y preferencias, ya que determinan no solo el acceso sino la continuidad del vínculo. Cuando un servicio funciona en forma aislada, sin considerar las prácticas y representaciones del grupo de usuarios al cual dirige su atención, está fomentando de esa forma un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios.

Por lo expresado, este primer eje limitante da cuenta que el desconocimiento respecto de la necesidad de que los adolescentes concurren al servicio de salud tanto desde los padres como de los propios adolescentes, se transforma en una barrera significativa entre el servicio de salud y los usuarios. En esta trama compleja, se entretienen así las historias individuales y experiencias personales en relación al significado de la atención de la salud, el derecho y la utilización de servicios.

Las voces de los adolescentes permitieron además inferir la magnitud que adquiere el hecho de generar lazos entre el servicio de salud y la comunidad, garantizando que los adultos y en especial la figura de los padres – persona más nombrada como referente en salud- puedan constituirse en el apoyo comunitario por excelencia para garantizar el acceso de los jóvenes al sistema de salud.

Un segundo eje limitante rescatado en el presente estudio, ha sido el desconocimiento del propio entorno sanitario respecto de las necesidades y preferencias de la población adolescente. Incluso, se puede pensar en imaginarios que construye el propio equipo de salud y que posee connotaciones negativas respecto del cuidado de la salud que realiza cada adolescente. Entendiéndolo como desinterés y falta de preocupación de los y las adolescentes por conservar un estado de bienestar.

Además, se ha rescatado la necesidad, manifiesta por los propios profesionales de la salud de mejorar y actualizar sus competencias comunicacionales, aspecto que también ha emergido como limitante en la relación servicio-usuario y contribuyente de una relación médica deshumanizada.

Y un tercer eje limitante que se evidencia desde el servicio de salud es la falta de lazos con la comunidad y por tanto de un plan de actividades y acciones en pro de la salud de sus destinatarios.

Por lo expuesto, se han descripto barreras que emergen como limitantes de la accesibilidad:

1. Barreras propias de los adolescentes (sensaciones de miedo, vergüenza, desconocimiento de sus procesos anatómicos fisiológicos y de la necesidad de concurrir a un control periódico de salud más allá de las urgencias por patologías).

2. Barreras propias del micro ambiente del adolescente, es decir de padres y amigos, en los que por falta de información no promueven la utilización del servicio de salud, es decir no ofician como apoyo comunitario para mejorar el acceso y utilización del servicio de salud.

3. Barreras del macro ambiente de los adolescentes en el que se incluyen referentes comunitarios, referentes de instituciones sociales y referentes de instituciones educativas. Instituciones que funcionan en forma desarticulada, es decir no han sido capaces de generar una red servicio de salud-institución promotora del acceso de los adolescentes. Actores que también deberían constituirse en apoyo comunitario para mejorar el acceso y utilización del servicio de salud.

4. Barreras del servicio de salud (profesionales de la salud y personal de apoyo) que se generan ante el desconocimiento de la población destinataria, sus preferencias, derechos y necesidades. Aspectos que se desarrollan también por carencia de capacitación y actualización permanente en virtud de estos temas.

En este contexto, a través de la presente investigación podemos concluir que existen 3 factores esenciales que los servicios deben generar: capacitación permanente del personal de salud, para brindar una atención integral y de calidad; procesos de diagnóstico y conocimiento de la población destinataria incluyendo su micro y macro ambiente socio cultural; y desarrollo de un plan de acción que promueva lazos con la comunidad del área programática.

Por lo expuesto, este equipo de investigación define el apoyo comunitario como una estrategia que permite estrechar redes entre los actores y organizaciones comunitarias para potenciar y acompañar la relación entre los adolescentes y el servicio de salud.

Dicho de otro modo, el apoyo comunitario que podrían brindar padres y referentes comunitarios redundaría en la generación de un vínculo servicio-adolescentes para la construcción conjunta de nuevas conductas y universos simbólicos en torno al cuidado de la salud.

Además, es importante aprovechar el acceso para establecer una comunicación eficaz y eficiente que garantice la continuidad de la relación, entendiendo que, la adolescencia es una etapa crucial para la formación de hábitos de conducta relacionadas con la prevención, la higiene, la actividad sexual, la alimentación adecuada (evitando el alcohol y las drogas), la recreación, el deporte y la convivencia familiar y social.

Por lo expresado, este equipo de investigación descubre nuevos emergentes a considerar para futuras investigaciones, que se basan en indagar en torno a los procesos formativos de los profesionales de la salud y que en cierta medida estarían determinando las prácticas profesionales.

Bibliografía

- Abreu de J., W. y Araújo Assis, M. M. (2010). Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), pp. 161-170.
- Abu Hamad, B., Jones, N., y Gercama, I. (2021). Adolescent access to health services in fragile and conflict-affected contexts: *The case of the Gaza Strip. Conflict and health*, 15(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00379-0>
- Aday, L. A. y Andersen, R. (1977). Fostering access to medical care. *Proceedings of the Academy of Political Science*, 32, p. 30.
- Andersen, R. (1998). The multiple and changing faces of access. *Medical Care*, (3)36, pp. 252-253.
- Baldwin, W., Kaneda, T., Amato, L., Nolan, L.(2013) Las enfermedades no transmisibles y los jóvenes: Una oportunidad crítica para América Latina y el Caribe. *Population Reference Bureau*. www.prb.org.

- Barrenechea, J., Trujillo Uribe, E. (1987). *Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud: salud para todos en el año 2000* [monografía]. Universidad de Antioquia.
- Bustamante, Miguel A., Zerda, Elsie, Obando, Francisco, & Tello, Michelle. (2020). Desde las expectativas a la percepción de calidad de servicios en salud en Guayas, Ecuador. *Información tecnológica*, 31(1), 161-170. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642020000100161>
- Comes, Y. y Stolkiner, A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, XII, 137-143.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., y Stolkiner, A. (2008). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 201-210.
- De Jesús-Reyes, D. (2011). Adolescencias escindidas: sexualidad y reproducción adolescente en contextos urbano-marginales de Nuevo León. *Universidad Autónoma de Nuevo León*. https://www.academia.edu/6715704/Adolescencias_escindidas_sexualidad_y_reproducci%C3%B3n_adolescente_en_contextos_urbanos_marginales_de_Nuevo_Le%C3%B3n
- De Jesús-Reyes D., Menkes-Bancet C. y Meza-Palmeros J. A. (2015). Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México. *Universidad Autónoma de Nuevo León*. <https://ccp.ucr.ac.cr/psm/13-2-5/13-2-5.html>
- Denno, D.M.; Hoopes, A.J.; Chandra-Mouli, V. (2015). Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *Journal of Adolescent Health* (56), pp. 22-51. Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X14004248?via%3Dihub>
- Díaz-Bravo, L.; Torruco-García, U.; Martínez-Hernández, M.; Varela-Ruiz, M. (2013). Metodología de investigación en educación médica La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México*. Elsevier.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration*. Harvard University Press.
- Escobar J.C., Keller V. y Vázquez M. (2017). Situación de salud de las y los adolescentes de entre 10 y 19 años en Argentina, 2005-2016. *Revista Argentina de Salud Pública* (8)31, pp. 39-42. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2017000200007&lng=es.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), pp. 438-453.
- Garbus, P., Solitario, R. y Comes, Y. (2007). La accesibilidad a la atención en salud: su articulación con la participación en salud de los usuarios. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-073/429.pdf>
- Giovanella, L. y Fleury, S. (1995). Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. En C. Eibenschutz (Ed.), *Política de saúde: O público e o privado*, pp. 177-198. Fiocruz Ed.

- Hirmas Aday, M.; Poffald Angulo, L.; Jasmen Sepúlveda, A.M.; Aguilera Sanhueza, X.; Delgado Becerra, I.; Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (3)33, pp. 223-9.
<https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20100719024728/dt45.pdf>
- Juvinyà-Canal, D. (2021). Alfabetización en salud en la comunidad. *Innovación educativa*(31). Universidad Santiago de Compostela. file:///D:/FcsCsSalud/Downloads/7952-Texto%20do%20artigo-49696-1-10-20211112.pdf
- Kornblit, A.L.; Mendes Diz, A.M; Camarotti, A.C.; Di Leo, P.; Adaszco, A. (2005). Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. *Instituto de investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Buenos Aires*.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en la investigación cualitativa*. Morata.
- Lafferriere, Jorge Nicolás. (2017). ¿Solos con su cuerpo? Capacidad de los adolescentes para actos médicos en Argentina. *Revista de Derecho (Universidad Católica Dámaso A. Larrañaga, Facultad de Derecho)*, (16), 67-100. <https://doi.org/10.22235/rd.v0i16.1353>
- Landini, F., González, V., y D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cuaderno de Salud Pública*. (30)2, 231-244.
- Maceira D, Urrutia M, Olaviaga S, Cerrizuela B, Chami C, Díaz A, Chamud G, Ensisa L, Saad A, Vázquez M. (2014). Necesidades y acceso a los servicios de salud de la población adolescente en el norte argentino. *Revista Argentina de Salud Pública*, (20), pp. 17-24.
- Maceira, Espínola, Aguirre, Cerrizuela, Encina, garro et.al, (2017). Salud Adolescente: hábitos, necesidades y acceso a los servicios de salud desde la mirada de los estudiantes. *Documentos de Trabajo CEDES 138/2018*. https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2018/07/Doc_t138-salud-adolescente_habitos-y-necesidades.pdf
- Magalhães B., M.L. y Mercado, F.J. (2007). *Investigación cualitativa en los servicios de salud*. Lugar Editorial.
- Mella, O. (2000). Grupos Focales. Técnica de investigación cualitativa. *Documento de Trabajo N°3 CIDE*. <https://apuntescomunicacionuagrm.files.wordpress.com/2016/07/orlando-mella-grupos-focales.pdf>
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I.Vasilachis de Gialdino (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*, pp. 65-105. Gedisa.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. (2022). *Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-adolescentes-en-espacios-de-salud>
- Navarro-Rubio, M. D., Rudd, R., Rosenfeld, L., y Arrighi, E. (2016). Alfabetización en salud: implicación en el sistema sanitario. *Medicina Clínica*, 147(4), pp.171-175. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.010>
- Nirenberg, O. (2006). *Participación de adolescentes en proyectos sociales. Aportes conceptuales y pautas para su evaluación*. Paidós.

- Obach A, Hasen F, Cabieses B, D'Angelo C, Santander S. (2020). Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. *Revista Panamericana de Salud Pública*, pp.44-175.
- Olivari, Cecilia, Méndez-Bustos, Pablo, Núñez, Rodrigo, & Sepúlveda-Ramírez, Ignacia. (2022). Confidencialidad y conducta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Acta bioethica*, 28(1), 59-66. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2022000100059>
- Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la Salud Glosario.
- OMS (2015). Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria incluido un instrumento para evaluar el componente de salud y desarrollo de los adolescentes en la formación previa al servicio de los proveedores de atención sanitaria. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/178251/9789243508313_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década*. Servicio de Producción de Documentos de la OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pabón-Ortiz E.M., Mora-Cruz, J.V., Buitrago-Buitrago, C.Y., Castiblanco-Montañez, R.A. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Revista ciencia y cuidado*, (1)18, pp.94-104. <https://doi.org/10.22463/17949831.2512>
- Penchanski, R. y Thomas, J. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), pp.127-140.
- Pope, C. y Mays, N. (2009). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Artmed Editora.
- Quivy, R. y Van Carnpenhoudt, L. (2005). *Manual de investigación en ciencias sociales*. Limusa
- Restrepo-Zea, J.H.; Silva-Maya, C.; Andrade-Rivas, F.; VH-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud Pública* (27)13, pp. 242-265. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11970>
- Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, (13)13, pp. 71-78. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
- Strauss, A. L. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica social*. Editorial Síntesis.
- Vaucheret, G. (2002). Supervisión del crecimiento y desarrollo del adolescente. *Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP)*, pp.48-73. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).
- Viner, R.M; Ozer, E.M.; Denny, S.; Marmot, M.; Resnick, M.; Fatusi, A., y Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 379(9826), pp. 1641-1652. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612601494?via%3Dihub>
- World Health Organization (2013). *Developing a report "Health for the world's adolescents"*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/adolescent_health2014/en/#.

Indicadores de producción:

Libros como autor

Libro de Resúmenes. Jornadas de Investigadores para la Salud. 7 y 8 Abril. Página 35-36
Pediatria en Red 5. Prácticas que mejoran el acceso de la población adolescente al sistema de salud: hacia la elaboración de un manual de buenas prácticas para los equipos de salud. (2023)

Premios y distinciones

Trabajo "La educación híbrida en la enseñanza de competencias clínicas. Estudio sobre la perspectiva de los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, UNER" (2022)
Distinción en "Dialogue on Innovative Higher Education Strategies - International Deans' Course Latin America 2021-22"

Presentaciones a congresos nacionales

Jornada de Obstetricia. FCS.UNER. Septiembre 2022

Congreso Argentino de Educación Médica 2022

II Jornadas de Investigaciones para la salud: la Facultad de Ciencias de la Salud Investiga 2022.

X Congreso Nacional de Residentes Bioquímicos. Agosto 2022.

42° Seminario Nacional de enseñanza de la Pediatría. 2023

XXIII Congreso Argentino de Educación Médica. 2023

Presentaciones a congresos internacionales

1° Congreso Internacional de Obstetricia. Corrientes. Argentina. Septiembre 2022

Congreso Internacional ReNaSiC.

Congreso Internacional de Adolescencias

PID 10081 Denominación del Proyecto

Evaluación del apoyo comunitario como estrategia de los servicios de salud para mejorar el acceso de los adolescentes. Las percepciones del equipo de salud y la comunidad

Directora

Schuler Benkendorf, Ema Cristina

Codirectora

Catterino, Marta Graciela

Unidad de Ejecución

Universidad Nacional de Entre Ríos

Dependencia

Facultad de Ciencias de la Salud

Contacto

investigación.fcs@uner.edu.ar y/o ema.schuler@uner.edu.ar

Cátedra/s, área o disciplina científica

Sexualidad, Género y Reproducción. Crecimiento y Desarrollo.

Instituciones intervinientes públicas o privadas

Convenio UNER con Universidad Científica del Sur del Perú (Resolución CS: 146/21). Convenio UNER con Universidad Mayor de Chile (2022)

Integrantes del proyecto

Docentes: Lis Altamirano; Julieta Barbará; Jessica N. Carrocino; Janet M. Charreun; Nadia V. Ferrari; Luciano G. Fiorotto; Nora S. Guarischi; Andrea R. Guido; Carina E. Leiva; Carla Marchetto; Diana Mula; Beatriz Muravchik; Integrantes estudiantes de grado: Nara A. Caffaratti Schuler; Santiago Caffaratti Schuler; Emmanuel Dal Maso; Mayka Friedrich; Maylen A. Gottig; Paula E. Larocca; Katherine Miño; Liza M. Rozalez. Colaboradoras/Es: Hilda Bonilla Gómez; Mónica Borile; Analía Fiorotto. Integrante Becario Formación Vinculado a PID: Magalí Gutierrez

Fechas de iniciación y de finalización efectivas

15/08/2019 y 07/07/2022

Aprobado por Resolución C.S.N° 408/24 (05-12-2024)