

ARTÍCULOS ORIGINALES

NECESIDADES Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL NORTE ARGENTINO

Adolescents in Northern Argentina: Needs and Access to Health Services

Daniel Maceira,¹ Marilina Urrutia,¹ Sofía Olaviaga,² Beatriz Cerrizuela,³ Cecilia Chami,⁴ Alicia Díaz,⁵ Gisella Chamud,⁴ Liliana Ensisa,⁶ Alicia Saad,⁷ Mariela Vázquez⁸

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Los/as adolescentes tienen bajos indicadores de morbilidad. Sin embargo, presentan problemáticas particulares que pueden condicionar su desarrollo saludable y que deben ser analizadas, ya que se trata de una población prioritaria desde la prevención sanitaria y con larga expectativa de vida. OBJETIVOS: Conocer la situación de salud/enfermedad de los/as adolescentes en el norte argentino. Identificar sus necesidades reales y percibidas, así como las barreras de acceso a los servicios de salud, particularmente en materia de salud sexual, adicciones, alimentación y suicidio. MÉTODOS: El estudio incluyó los siguientes pasos: 1) revisión de bibliografía y normativa sobre salud adolescente; 2) mapeo de actores y entrevistas a referentes locales; 3) aplicación de una encuesta autoadministrada a adolescentes de escuelas públicas en seis provincias argentinas; 4) análisis cuantitativo de las encuestas y entrevistas. RESULTADOS: Aunque la percepción y las dolencias correspondieron a perfiles de baja necesidad, del total de adolescentes que consignaron problemas de salud, sólo la mitad consultó al sistema, y la mayoría dijo que prefería recurrir a su entorno cercano (padres, amigos). Las preocupaciones adolescentes no estuvieron vinculadas necesariamente con el estado de salud, sino con planteos y problemas emergentes de su edad. Más allá de las barreras geográficas, se observaron limitaciones institucionales y familiares que restringen el vínculo entre el sistema de salud y los/as adolescentes. CONCLUSIONES: Los resultados muestran espacios vacantes de participación (del sistema y del entorno familiar, comunitario y escolar) para que los requerimientos de información y atención de los/as adolescentes se traduzcan en demandas y en un mejor acceso.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Adolescents have low mortality and morbidity rates. However, there are certain problems conditioning a healthy development which should be analyzed as a priority, from a prevention perspective, for this population with long life expectancy. OBJECTIVES: To know the health/disease status of adolescents in Northern Argentina. To identify real and perceived needs as well as barriers in access to health services, focusing on sexual health, addictions, nutrition and suicide. METHODS: The study included following steps: 1) literature review and survey of current legislation on adolescent health; 2) mapping of actors and interviews with local key informants; 3) self-administered survey to adolescents of public schools in six Argentine provinces; 4) qualitative and quantitative analysis of surveys and interviews. RESULTS: Although perceptions and complaints belonged to low-need profiles, only half of the adolescents reporting health problems used the health system to get information, and most of them said they preferred to talk with parents and friends. Adolescent concerns were not necessarily related to health status, but to issues of their age group. Apart from geographical barriers, family and institutional reasons were found to limit the relationship between health system and adolescents. CONCLUSIONS: Results show spaces for participation which should be occupied by the health care system and family, community and school environment, so that information and attention requirements can be reflected in demands and a better access.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes - Acceso a la salud - Necesidades

KEY WORDS: Teenagers - Health care access - Needs

¹ Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

² Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).

³ Ministerio de Salud, Jujuy.

⁴ Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Santiago del Estero.

⁵ Ministerio de Salud Pública, Misiones.

⁶ Ministerio de Salud, Chaco.

⁷ Ministerio de Salud Pública, Tucumán.

⁸ Ministerio de Salud, Catamarca.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 10 de enero de 2014

FECHA DE ACEPTACIÓN: 9 de diciembre de 2014

CORRESPONDENCIA A: Daniel Maceira
Correo electrónico: danielmaceira@cedes.org

INTRODUCCIÓN

Aunque en sí mismos no es considerado un grupo de riesgo, dados sus bajos niveles de mortalidad y mortandad en comparación con otros grupos etarios, los/as adolescentes están expuestos/as a factores de riesgo específicos de esa etapa del ciclo vital. Se consideran factores de riesgo a las condiciones o agentes (biomédicas, sociales o de comportamiento) asociadas con un incremento de la probabilidad de resultados que comprometen la salud, la calidad de vida o la vida misma. Así, no sólo la hipertensión, el colesterol alto o la contaminación comprometen la salud, sino también el comportamiento sedentario, las adicciones, el consumo de sustancias, las prácticas sexuales sin protección, etc. Todos estos comportamientos tienen alta probabilidad de ocurrencia entre los adolescentes.

La salud entendida como un constructor social, que de-

termina la manera en que los sujetos y la sociedad actúan en relación con la salud, adquiere especial significación en el caso de los jóvenes, cuyos problemas son predominantemente de orden social. De este modo, el sistema de salud requiere nuevos instrumentos de vinculación e intervención con la población, particularmente adolescente, a fin de hacer frente a sus necesidades. Estas problemáticas no son sólo las identificadas, por las cuales manifiestan sus demandas al sistema, sino también aquellas no percibidas, sobre las cuales el marco institucional sanitario debe recrear espacios de comunicación y docencia.¹⁻³

Bajo esta perspectiva, el concepto de acceso a los servicios de salud se vuelve menos específico, ya que no sólo observa la presencia del adolescente en el establecimiento sanitario, sino que incluye modos alternativos de interacción con la oferta institucional. En muchos casos, estas modalidades exceden el hospital y el centro de salud, avanzan hacia otros espacios (como la escuela y los medios de comunicación: diarios, televisión, Internet) y se asocian al entorno comunitario.

El objetivo de este trabajo fue conocer la situación de salud/enfermedad de los adolescentes en seis provincias del norte argentino, sus necesidades sanitarias reales y percibidas, y la presencia de barreras de acceso a los servicios de salud, enfatizando temáticas asociadas a salud sexual, adicciones; alimentación y suicidio.

Marco conceptual

La estrategia sanitaria orientada a la adolescencia se encuentra asociada a dos vectores de expectativas y percepciones. El primero es el definido por los adolescentes sobre sus necesidades y sobre el entorno en el cual se desenvuelven (geográfico, familiar, escolar, amistades, etc.). Un segundo vector de percepciones y expectativas alude al entorno –el espacio de desarrollo del adolescente– que ejerce una influencia y un condicionamiento. Esto no sólo ocurre desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud adolescente, sino también desde la mirada observadora que interpreta sus necesidades y las transforma (o no) en intervenciones de política pública, familiares y comunitarias. ¿Qué piensan?, ¿qué necesitan?, ¿qué les gusta y/o disgusta? son cuestionamientos que motivan intervenciones sobre la vida adolescente, con más o menos interacción con ella, como resultado/respuesta/reacción a sus conductas frente a los factores de riesgo. Dicho de otro modo, ambos elementos (condiciones básicas del entorno y estructura), mediados por percepciones cruzadas, definen determinadas conductas o hábitos de comportamiento por parte del adolescente.

Estas conductas retroalimentan las percepciones propias y del entorno, redefiniendo las relaciones entre el/la joven y su ambiente. Idealmente, la dimensión de la política pública absorbe estas necesidades y vínculos, y elabora respuestas institucionales para propiciar intervenciones exitosas. Tales intervenciones pueden operar sobre el contexto familiar o comunitario del adolescente, sobre la estructura de

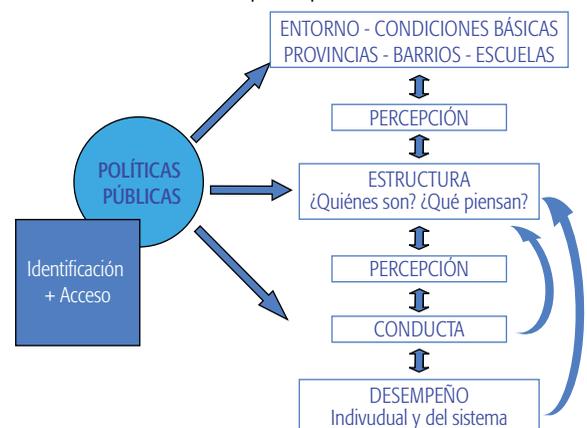
sus necesidades/percepciones y sobre el espacio de las acciones, reorientando conductas, promoviendo cambios de hábitos, etc.

Finalmente, esa conducta influye en el desempeño final individual, en términos de logros y/o fracasos, y del sistema en su conjunto. La incidencia de aspectos vinculados al riesgo (nivel de adicciones, consumo de alcohol, conductas sanitarias preventivas, indicadores de sexualidad responsable, niveles de embarazo adolescente, etc.) es un indicador del desempeño de un sistema que articula a el/la adolescente, su entorno familiar y comunitario, su escuela y la política pública. Cada uno de estos indicadores refiere a una estrategia de acceso y cobertura de salud, que asocia al indicador individual con el resultado del sistema.

La Figura 1 provee un resumen de estos vínculos, que retroalimentan conductas virtuosas o negativas. Así, los factores externos pueden conducir a conductas de riesgo múltiples y correlacionadas entre sí, mientras que las fallas en las percepciones cruzadas entre el/la adolescente y su entorno (y la política) pueden afectar negativamente los resultados esperados.

Jessor⁴ dice que el entendimiento del riesgo requiere una atención de todas las posibles consecuencias (sociales y psicológicas), no solo las biomédicas. Estas consecuencias pueden no ser percibidas por los adolescentes como negativas, sino como deseables en un intento de buscar aceptación, respeto de los pares, independencia y madurez. Lundborg⁵ considera que cuando un adolescente evalúa la opción de fumar; beber alcohol en exceso o consumir drogas, forma sus expectativas de acuerdo con las acciones y resultados que observa en sus pares, ya que la utilidad otorgada por tal comportamiento depende de la validación de sus compañeros. Brooks,⁶ por ejemplo, manifiesta la percepción de que el cigarrillo reduce el apetito, especialmente entre las adolescentes. Cawley⁷ identifica esta relación causal a partir del estudio de la Encuesta Nacional de la Juventud de 1997, en tanto que French⁸ incorpora a los estudios antes descriptos el análisis sobre las prácticas de dieta entre adolescentes como determinantes para comenzar a fumar. Estas y otras referencias establecen un

FIGURA 1. Marco de análisis para la política de adolescencia.



Fuente: En base a Maceira (1998).

vínculo significativo e inverso entre conductas riesgosas y edad, reforzando la necesidad de adoptar políticas de comunicación y promoción de hábitos saludables entre adolescentes (Mellanby⁹ y Zabin Schwab¹⁰).

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

La primera se asocia a la necesidad de acceder al cuidado sanitario. A veces, su escasa percepción afecta negativamente el acceso, pese a existir condiciones objetivas desde la oferta para satisfacer la demanda. Esta brecha entre la oferta institucional y la necesidad traducida en demanda sanitaria requiere una batería de acciones de política, que exceden la órbita tradicional del ministerio sanitario y avanza en atribuciones de otras áreas, como educación y acción social. En el caso de la población adolescente, el acceso a la información supone un desafío adicional desde dos puntos de vista: por un lado, porque exige identificar mecanismos idóneos de transmisión de la información a partir de canales idiosincrásicos del grupo etario bajo análisis, que no necesariamente constituyen el modo de comunicación tradicional aplicado para otros contingentes; por el otro, porque refleja la presencia de la familia como mediador, facilitador o condicionante de la información.

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

La tercera instancia se concentra en los mecanismos generados desde el sistema sanitario, que facilitan la identificación de las necesidades y se traducen en acciones eficaces de política. La problemática adolescente exige esfuerzos de coordinación entre el ámbito privado (individuo, familia, amigos, comunidad) y el ámbito público (centros de atención primaria, escuelas, hospitales, centros comunitarios), entre los espacios de promoción y atención, entre las órbitas nacionales y provinciales del sistema de salud y entre las distintas áreas ministeriales dentro de cada jurisdicción (Salud, Educación, Acción Social).

En términos generales, para establecer parámetros de acceso a los servicios de salud, se plantea un análisis bidireccional donde la estructura de las necesidades interactúa con la oferta institucional (Walker,¹¹ Pasqualini¹²). Por una parte, la percepción de enfermedad y la valoración de la prevención como herramienta para proteger la salud ante el evento de la enfermedad corresponden a una conducta de los usuarios, lo que define una demanda efectiva en el sistema de salud. Por otra parte, esta necesidad traducida en demanda encuentra en la oferta institucional el vehículo para ser satisfecha, lo que define el acceso a los servicios. Sin embargo, el análisis bidireccional halla espacios de influencia mutua, que requieren una mirada compleja, especialmente en la población adolescente.

La falta de conocimiento sobre cómo traducir el síntoma en enfermedad exige un acompañamiento médico para orientar la consulta. Por lo tanto, la demanda efectiva necesita un proceso de acercamiento de la oferta para traducirse en una intervención efectiva y oportuna. En particular, la población adolescente plantea un desafío adicional, ya que requiere –aunque no demande– una orientación tanto del sistema de salud como del entorno familiar, comunitario y escolar, que le permita identificar necesidades de atención y de información.

A veces, sobre todo (aunque no siempre) en las áreas económicamente más relegadas, el contexto no necesariamente acompaña este aprendizaje. Al incorporarse a la vida adulta, los/as adolescentes enfrentan nuevas situaciones que requieren un apoyo del contexto, no sólo del sistema institucional de salud. En la medida en que no lo consiguen, entran en conflicto con el entorno y buscan soluciones o fugas, lo que genera a su vez nuevos eventos de necesidad.

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

El objetivo del estudio fue conocer la situación de salud/enfermedad de la población adolescente en seis provincias del norte argentino (Tucumán, Jujuy, Catamarca, Misiones, Chaco y Santiago del Estero), sus necesidades reales y percibidas, y la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud. Se enfatizaron en cada caso las necesidades e intervenciones asociadas con la salud sexual y reproductiva, las adicciones, la alimentación y el suicidio, que constituyen los ejes centrales del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia para 2011.¹³

Cabe destacar que, a pesar de tal relevancia, no existe en Argentina una literatura amplia que permita abordar los múltiples elementos participantes en esta problemática.^{14,15}

MÉTODOS

El proceso de investigación involucró cuatro componentes:

- Una revisión de literatura local e internacional sobre la temática de salud adolescente, con relevamiento de la información de la normativa referida a protección integral de niños, niñas y adolescentes (a nivel nacional y de las provincias involucradas en el estudio) y de los abordajes relacionados con los/as adolescentes y su salud.
- Un mapeo de actores provinciales asociados con las estrategias públicas destinadas a adolescentes. Esto incluyó entrevistas a funcionarios clave en los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social, y una selección de servicios públicos (organizaciones civiles, instituciones deportivas, etc.). El análisis derivado de las entrevistas no se incluyó en el presente artículo, y se encuentra disponible mediante requerimiento a los autores.
- La aplicación de una encuesta autoadministrada a ado-

lescentes sobre percepciones de salud, en una muestra de 72 escuelas secundarias públicas de las provincias involucradas. El instrumento fue elaborado en base a las pautas establecidas en la propuesta aprobada por el Comité de Ética de la Comisión Nacional Salud Investiga. La actividad fue acordada con la Dirección de Escuelas de cada jurisdicción, de la cual se recibió el consentimiento sobre el contenido de los cuestionarios a utilizar. En cada escuela y cada división, la visita de personal entrenado fue acompañada por docentes de la institución, y la aplicación fue precedida de una introducción sobre el alcance y los objetivos del estudio. Las respuestas fueron anónimas, con participación de carácter optativo. Para ello se elaboró un cuestionario que relevó información sobre percepciones acerca de: a) las principales problemáticas de salud, b) las barreras de acceso a los servicios de salud, c) las instituciones y personas a las que recurren para satisfacer sus necesidades de salud, d) la valoración sobre las respuestas institucionales existentes y la de intervenciones alternativas, entre otras. Los contenidos de la encuesta reflejaron un proceso de revisión de literatura específica y la consulta a expertos en el abordaje adolescente. A fin de alcanzar un número significativo de respuestas por jurisdicción, se estableció en principio un total de diez escuelas. En cada una de las seis provincias se seleccionaron tres departamentos en función de su escala poblacional: grande (correspondiente a la capital provincial), mediano y pequeño. En cada caso, las entrevistas autoadministradas se implementaron en adolescentes de primer y quinto año, pertenecientes a los turnos mañana y tarde. Cinco de las diez escuelas correspondían a la capital provincial, tres al departamento intermedio y dos al más pequeño. Cuando el número de encuestas no alcanzaba el umbral esperado, se incorporaron instituciones adicionales.

La Tabla 1 muestra el número de alumnos encuestados en cada provincia según tamaño de departamento. En total, 5.248 adolescentes respondieron al cuestionario, de los

cuales el 62% estudiaba en el Departamento Capital, el 26% lo hacía en la ubicación de tamaño intermedio y un 12% residía en el departamento de menor escala.

La participación de cada provincia en el total de encuestas respondió a su población relativa. La muestra diseñada en Chaco y Jujuy sobrerrepresentó relativamente a la población adolescente del área de menor tamaño, a expensas de la ciudad de Resistencia, en tanto que en Misiones se encontró marginalmente subrepresentada la ciudad capital, con mayor participación relativa del departamento de tamaño intermedio. Del total de adolescentes encuestados, el 56% eran mujeres y el 44%, varones, mientras que 49 encuestados (1%) respondieron al cuestionario aunque no indicaron su sexo. La media de edades osciló entre los 14 y los 15 años en todas las provincias.

• Finalmente, a partir de la información recogida, se elaboró una base de datos sobre la cual se aplicaron técnicas de estadística descriptiva y análisis econométricos para un abordaje multivariado. Sus resultados no están incorporados al presente artículo.

RESULTADOS

A partir del análisis descriptivo de las encuestas realizadas a 5.248 adolescentes en las seis provincias participantes del estudio, se observó que tanto la percepción de salud de esta población como las dolencias o problemas declarados correspondían a perfiles de baja necesidad del sistema. Un 48% de la población de la muestra calificó su propio estado de salud como "muy bueno", y un 87% lo consideró "muy bueno o bueno". Apenas un porcentaje menor al 12% calificó su estado como "regular, malo o muy malo".

El problema de salud más común entre los jóvenes, para ambos sexos, fue "tos, angina, gripe o resfrío", con una incidencia del 45% en varones y del 50% en mujeres. Tanto en uno como en otro caso, los jóvenes que habían consultado no alcanzaban la mitad de los que habían reportado un problema. Esta relación se mantuvo constante

TABLA 1. Muestra de adolescentes encuestados, por provincia y departamento.

Provincia		Departamento			Total
		Grande	Mediano	Chico	
Tucumán	no.obs	597	246	59	902
	%	66,19	27,27	6,54	17,19
Misiones	no.obs	621	154	91	866
	%	71,71	17,78	10,51	16,5
Chaco	no.obs	468	195	195	858
	%	54,55	22,73	22,73	16,35
Jujuy	no.obs	541	356	121	1.018
	%	53,14	34,97	11,89	19,4
Catamarca	no.obs	440	155	74	669
	%	65,77	23,17	11,06	12,75
Santiago del Estero	no.obs	581	271	83	935
	%	62,14	28,98	8,88	17,82
Total	no.obs	3.248	1.377	623	5.248
	%	61,89	26,24	11,87	100

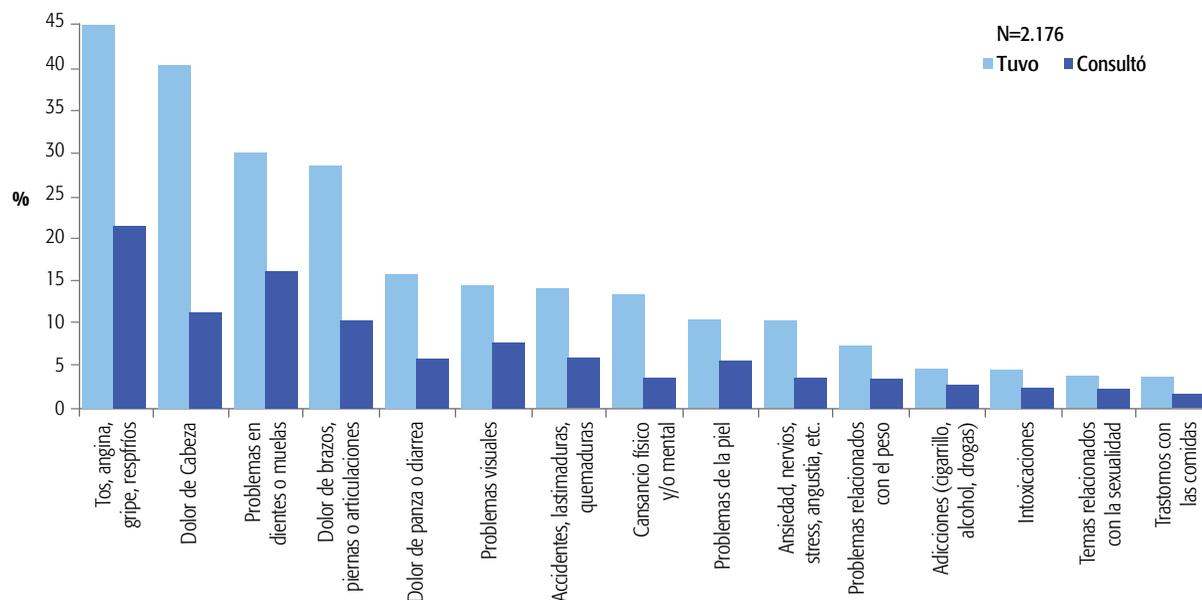
Fuente: Elaboración propia

a lo largo de los inconvenientes de salud considerados. Algunas excepciones a esta regla se asociaron con consultas específicas, tales como salud bucal, visual y dermatológica. En los tres casos y para ambos sexos, la tasa de consultas sobre problemas reportados superó marginalmente el 50% y con proporciones similares. Asimismo, tanto el número de reportes de problemas como el de consultas efectivas fueron mayores entre las jóvenes adolescentes que entre los varones. Esta información se refleja en los Gráficos 1

y 2 para hombres y mujeres, respectivamente.

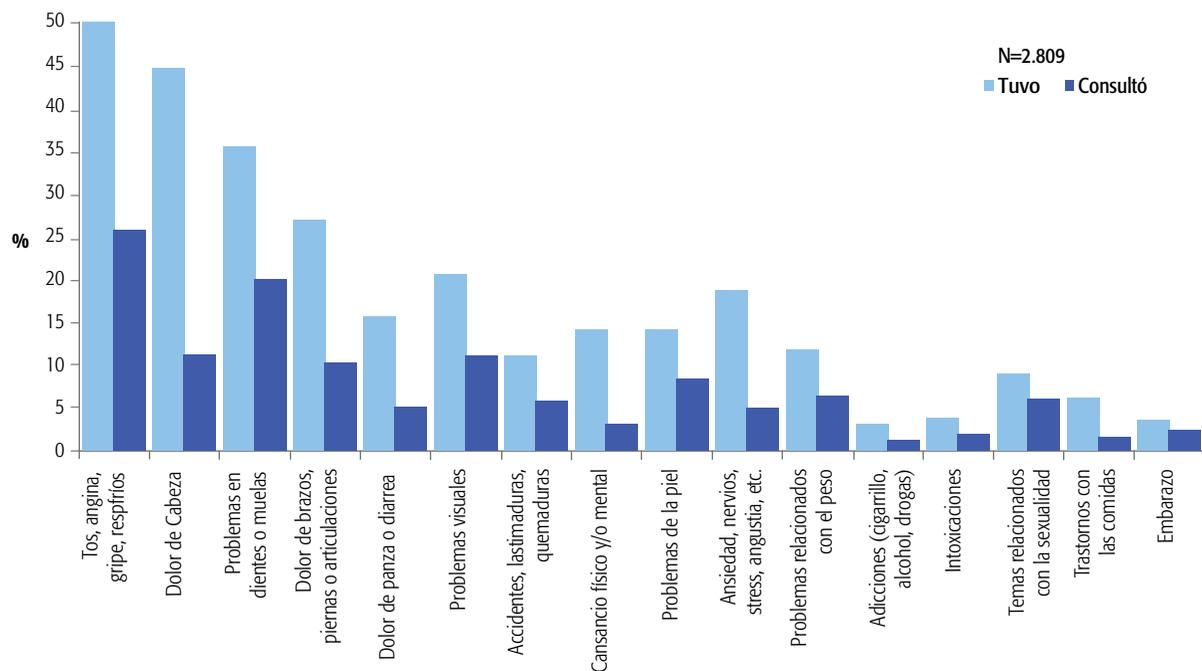
El rubro de accidentes, quemaduras y lastimaduras fue uno de los pocos donde el reporte masculino superó al de las jóvenes adolescentes (14% entre los varones, 11% entre las mujeres). Lo mismo ocurrió en el grupo de enfermedades "sociales" vinculadas con adicciones, donde los hombres (5%) mostraron mayor tasa de consulta que las jóvenes (3%). Dentro de este grupo de problemas de salud, de segundo orden en las escalas presentadas

GRÁFICO 1. Problemas de salud declarados y consultas, varones adolescentes.



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 2. Problemas de salud declarados y consultas, mujeres adolescentes.



Fuente: Elaboración propia.

en los gráficos por sexo, se encontraron los cuadros de ansiedad y angustia (10% de los varones y 19% de las mujeres), seguidos por los problemas de peso (7% y 12%, respectivamente) y los trastornos en las comidas (3% y 6%, respectivamente).

Finalmente, sólo el 4% de los adolescentes consignaron un problema vinculado con la sexualidad, con un número de consultas cercano al 50% de esos casos. Esta línea de requerimientos de atención ascendió al 13% entre las jóvenes, y un 70% se trasladó a una consulta al sistema.

La brecha entre la preocupación y la consulta concreta (reflejo de prioridades individuales del adolescente) se hizo evidente en la comparación entre el análisis de lo presentado en las figuras previas y los resultados sobre las preocupaciones transmitidas, resumidos en el Gráfico 3. Aquí se tuvo en cuenta la suma de respuestas válidas por sexo y por temática, de modo tal que los tópicos más escogidos reflejaron mayor importancia para este grupo etario. Salvo contadas excepciones, se observó que las preocupaciones de ambos sexos eran similares, tanto en relevancia absoluta como relativa, lo que desafía algunos preconceptos.

Las temáticas de anticoncepción y menstruación concitaron la atención de un 35-40% de las adolescentes y mostraron la mayor brecha entre varones y mujeres. En tercer lugar se ubicó la orientación sexual, con un 30% de respuestas positivas de las adolescentes. Por su parte, los varones identificaron como prioridad la actividad física y la orientación sexual, con un 32/33% de incidencia, mientras que cuestiones como alimentación y acné se situaron a continuación, con un peso relativo del 30% de interés para el grupo de referencia estudiado.

Las temáticas de adicciones ocuparon rangos de interés similar entre varones y mujeres. Tanto el alcohol como las drogas tuvieron un 22% de incidencia en el mapa de preocupaciones adolescentes de ambos sexos, mientras que el cigarrillo presentó una brecha de 18%-12% entre los jóvenes y las adolescentes.

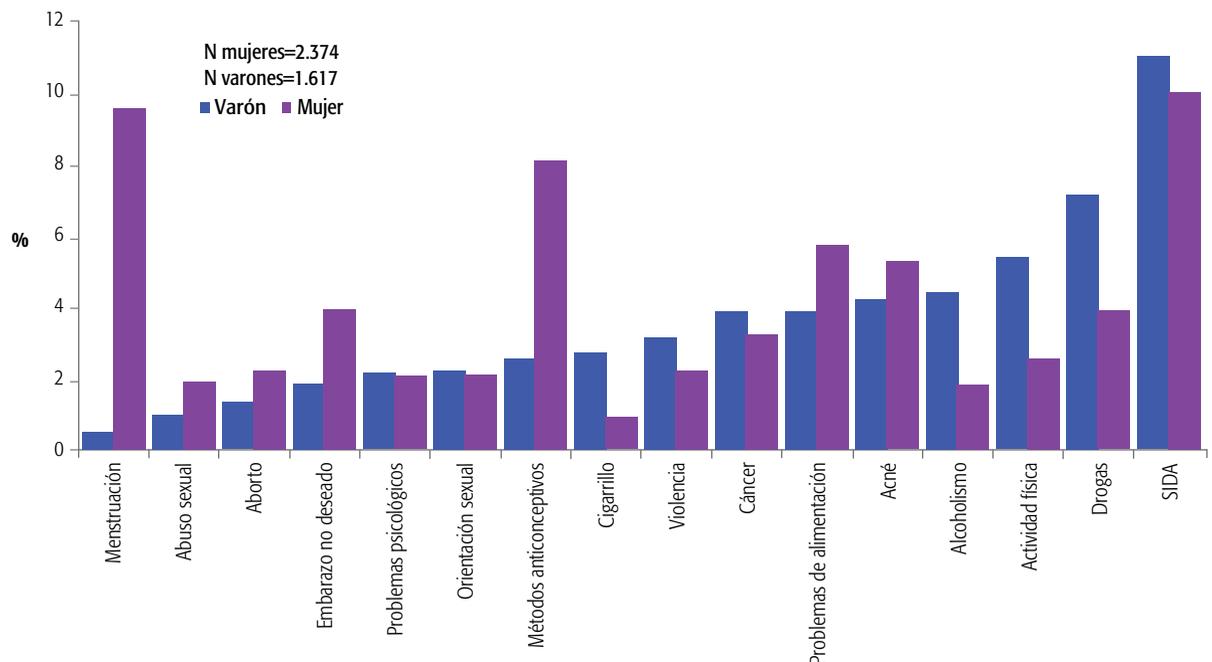
Paralelamente, el peso de las problemáticas de violencia encontró mayor sensibilidad entre las jóvenes (17% frente a 13% de los varones). Sin embargo, las temáticas de abuso sexual mostraron a ambos sexos con igual participación porcentual, cercana al 13% de las opiniones consideradas bajo el estudio.

Las principales fuentes de consulta ante las problemáticas mencionadas fueron los padres y familiares, a quienes los adolescentes acudieron en el 40% de los casos. Este grupo duplicó al de los amigos, que escoltó con un 20% aproximadamente. En tercer lugar, los jóvenes adolescentes dijeron que no recurrían a nadie (12,5%), opción seguida por otras fuentes institucionales de asistencia social (hospitales, clínicas, médicos, centros de atención primaria, escuelas, organizaciones barriales, iglesia).

La suma de todos los espacios institucionales de salud sólo alcanzó un 18% de las respuestas, en tanto que un 7% de los y las adolescentes involucraron a la escuela como espacio de consulta. Luego se ubicaron las búsquedas en Internet y las organizaciones barriales, con 4% y 2% de incidencia, respectivamente.

Al indagar sobre las dificultades de acceso a los servicios de salud, la respuesta más frecuente (39%) aludió a la espera para recibir la atención, seguida por la dificultad para conseguir turno. Ambas explicaciones reflejaron una demanda excedente de atención; no se vincularon con

GRÁFICO 3. Temáticas de salud que preocupan y fueron consultadas con profesionales del área.



Fuente: Elaboración propia.

una barrera geográfica o financiera, sino con la dotación de recursos humanos en la estructura sanitaria ya emplazada. Esta explicación se reforzó con la masividad (20%) de la respuesta asociada a la falta de horarios disponibles, cuarto motivo reportado como limitante al acceso. Aunque estas respuestas no fueron acumulativas (no se excluyeron mutuamente), la masividad en la opción de estas tres alternativas la vuelve claramente prioritaria. El Gráfico 4 resume las principales respuestas recogidas.

La barrera geográfica de acceso mostró menor relevancia relativa: fue reportada por el 21% de la población bajo estudio. No existieron grandes diferencias en este ordenamiento entre departamentos de mayor o menor tamaño, pese a lo que podría suponerse a priori por factores de distancia al prestador. Sin embargo, las chances de acercarse al centro de salud y no ser atendido se incrementaron, aunque marginalmente, en función del lugar de residencia (5,8% en departamentos de mayor tamaño frente a 7,4% y 7,7% en las jurisdicciones medianas y pequeñas, respectivamente).

Se identificaron dos vectores adicionales de causas que dificultaban el acceso, vinculadas con características contrapuestas: en primer lugar, el obstáculo del propio adolescente y su entorno, que limita la llegada al servicio de salud; en segundo término, una barrera del sistema que impide la consulta.

El primer grupo de barreras extrainstitucionales incluía los casos donde la consulta no se concretaba porque los adolescentes no se animaban a ir solos, tenían vergüenza o miedo. Estas razones fueron consideradas en los cuestionarios por el 19% de los/as respondentes en el primer caso y por el 8% en los dos restantes.

Un segundo conjunto de respuestas reflejaba una barrera

a la consulta asociada con la edad, que impedía concretar la necesidad manifestada en el servicio. Un 10% de los/as jóvenes plantearon que no habían sido atendidos por no estar acompañados por adultos, y un 6% observó que no habían sido recibidos a pesar de haber acudido al servicio de salud. Estas experiencias de barreras institucionales para adolescentes confirman la necesidad de desarrollar nuevos espacios específicos o reforzar los existentes, lo que explícitamente es manifestado por el 5% de las respuestas.

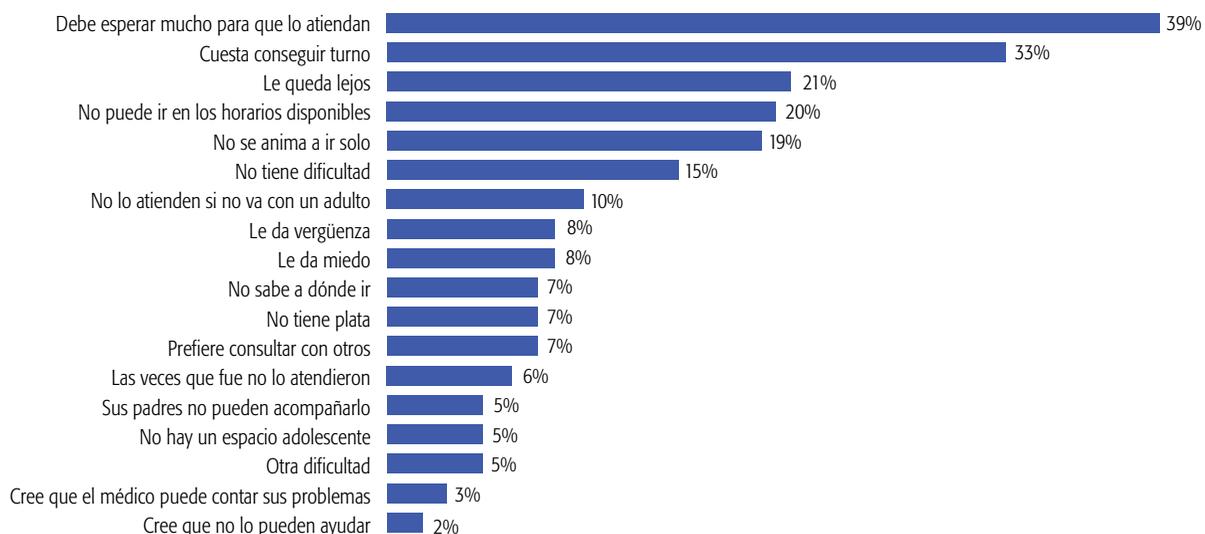
Los cuatro grupos de dificultades para el acceso (oferta insuficiente, barreras geográficas, causas extra e intrainstitucionales) se complementaron con otras, que permiten inferir la necesidad de desarrollar espacios de confianza entre el sistema y los/as adolescentes, y que podrían ser vinculadas con la temática de autoexclusión: un 7% de los/as jóvenes dijo que prefería consultar con personas por fuera del sistema, un 2% creía que el sistema de salud no los podía ayudar, y un 3% no confiaba en que el médico guardara el secreto de la consulta.

DISCUSIÓN

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

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

GRÁFICO 4. Dificultades de acceso a servicios de salud, total país. (N= 4971)



RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Dado que las preocupaciones adolescentes no se asocian necesariamente con el estado de salud, sino con planteos y problemas emergentes de su edad (exposición inicial al sexo, experimentación con drogas, alcohol, etc.), los vínculos de confianza deben ser reforzados. El sistema de salud se enfrenta entonces a desafíos que son estructurales y no se limitan a la problemática aquí analizada: debe ir más allá del ámbito geográfico del centro de salud, la clínica o el hospital, y abordar al individuo en su contexto social.

La necesidad de recrear un espacio de encuentro entre el sistema y la adolescencia se evidencia también en las respuestas de los jóvenes. Al momento de buscar un interlocutor ante sus dudas, recurren poco a las instituciones del sistema sanitario (y educativo) y prefieren acudir al entorno familiar y a sus amigos.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

El trabajo aborda una temática circunscripta a grupos adolescentes escolarizados en instituciones públicas del norte argentino. A partir de esto, es necesario considerar esfuerzos adicionales, con realidades socioeconómicas diferentes, tanto en poblaciones no escolarizadas de la misma región como en provincias no incluidas en el proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Se agradecen los aportes de Fernando Zigman y Nina Zamberlin, ambos del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (Ministerio de Salud de la Nación), así como de los funcionarios pertenecientes a las áreas de Adolescencia, Ginecología y Obstetricia, y Salud Mental de los ministerios provinciales, hospitales y centros de atención primaria de las provincias involucradas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Maceira D, Urrutia M, Olaviaga S, Cerrizuela B, Chami C, Díaz A, Chamud G, Ensisa L, Saad A, Vázquez M. Necesidades y acceso a los servicios de salud de la población adolescente en el norte argentino. Rev Argent Salud Pública. 2014; Sep;5(20):17-24

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Informe de un grupo de estudio OMS/FUNAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes. Serie de Informes Técnicos, N° 886. OMS, Ginebra; 1999.
- La salud del adolescente y el joven. En: La salud en las Américas. OPS/OMS, Washington DC. 1998;1:76-81.
- Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia, una época de oportunidades. Nueva York: UNICEF; 2011.
- Jessor R. Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. Journal of Adolescent Health. 1991;12(8):597-605.
- Lundborg P. Having the Wrong Friends? Peer Effects in Adolescent Substance Use. Lund University Centre for Health Economics (LUCHE). J Health Econ. 2006;25(2):214-33.
- Brooks A. Teenage Girls Start Smoking to Lose Weight. British Medical Journal (International). 1998;317:366.
- Cawley J, et al. Lighting Up and Slimming Down: The Effects of Body Weight and Cigarette Prices on Adolescent Smoking Initiation. Journal of Health Economics. 2003;23:293-311.
- French SA, et al. Weight Concerns, Dieting Behavior and Smoking Initiation in Adolescents: A Prospective Epidemiologic Study. American Journal of Public Health. 1994;84:1818-1820.
- Mellanby A, et al. Sex Education: More Is Not Enough. Journal of Adolescence. 1993;15:449-66.
- Zabin Schwab LS, et al. The Association between Smoking and Sexual Behavior among Teens in U.S. Contraceptive Clinics. American Journal of Public Health. 1984;73:261-263.
- Walker Z, Townsend J. The Role of General Practice in Promoting Teenage Health: A Review of the Literature. Fam Pract. 1999;16:164-172.
- Pasqualini D, Llorens A (Comp.). Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Buenos Aires: OPS; 2010.
- Martínez M, Zamberlin N. Situación de salud de l@s adolescentes en la Argentina. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud de la Nación, abril de 2010.
- Kornblit A, Mendes D, Ana M, Adaszko D. Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país. Documento de Trabajo N° 47. Buenos Aires: UBA; 2006.
- Cejas C, Olaviaga S, Stechina M. ¿Qué piensan los jóvenes? Estudio comparado sobre la percepción de los jóvenes acerca de la salud, las instituciones y sus derechos en cinco municipios. Documento de Trabajo N° 20. Buenos Aires: CIPPEC; 2008.