



ADOLESCENTE, UNA MIRADA DIFERENTE; ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL EN EL CESAC NRO 5.

FEBRERO 2024 A OCTUBRE 2025, TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE ENFOQUE CUALITATIVO, INÉDITO, CATEGORÍA TEMÁTICA: GESTIÓN

AUTORAS:

PEREZ FORTE, MARIA F. INSTRUCTORA DE RESIDENTES DE MEDICINA GENERAL; POGGI, BÁRBARA A. JEFA DE RESIDENTES DE MEDICINA GENERAL; POZZI, CAROLINA, RESIDENTE DE 3ER AÑO DE MEDICINA GENERAL; CARRERAS CAFORA, MARISA J., MEDICA DE PLANTA DEL CESAC N° 49.

Centro de Salud y Acción Comunitaria n° 5, Av Piedrabuena 3144, Villa Lugano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), CP 1439.

ADOLESCENTE, UNA MIRADA DIFERENTE; ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL EN EL CeSAC nro 5.

PEREZ FORTE, Maria F.; POGGI, Bárbara A.; POZZI, Carolina; CARRERAS CAFORA, Marisa J.

Centro de Salud y Acción Comunitaria n° 5, Av Piedrabuena 3144, Villa Lugano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), CP 1439.

Trabajo de investigación con enfoque cualitativo

Trabajo inédito

Gestión

La adolescencia es una etapa vital que está expuesta a riesgos específicos, por lo tanto requiere pensar abordajes particulares que promuevan la salud integral e incluyan la participación activa de ellos/as.

El presente trabajo de investigación busca describir y analizar el proceso de atención a adolescentes de entre 13 y 19 años realizados por la Residencia de Medicina General y/o Familiar (en adelante, RMG y/o F) del Centro de Salud y Acción Comunitaria nro. 5 (en adelante, CeSAC nro. 5) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA) durante el período de febrero de 2024 a octubre 2025, describiendo los principales motivos de consulta y puertas de entrada de los/as mismos/as al CeSAC nro. 5 así como también, las experiencias tanto de los/as residentes como de los/as adolescentes en relación a dicho abordaje.

Se llevó a cabo la revisión de historias clínicas de consultas de adolescentes en la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 en el período establecido, además de una entrevista semiestructurada auto administrada a estos/as residentes, como también un grupo focal con el "Grupo de adolescencia" del mismo CeSAC.

Esto nos permitió conocer que la grupalidad representa un lugar seguro para los/as adolescentes y que existen limitaciones estructurales, formativas e institucionales que dificultan el abordaje integral de los/as mismos/as. Es necesario entonces fortalecer los espacios de formación de las residencias en temáticas específicas de adolescencia y salud integral, consolidando y ampliando dispositivos grupales para construir un modelo basado en sujetos.

Palabras clave: Adolescencia; Salud Integral; Dispositivos grupales

Índice

I. Acerca de las/os autoras/es	2
II. Introducción	2
A. Introducción al tema	2
B. Pregunta problema	3
C. Propósito de la investigación.....	3
D. Antecedentes de investigación o estado del arte:.....	3
E. Marco teórico	6
III. Objetivos	11
A. Objetivo general:.....	11
B. Objetivos específicos:	11
IV. Diseño de investigación.....	11
A. Metodología.....	11
B. Recolección de datos:.....	12
V. Consideraciones éticas	13
VI. Resultados.....	14
A. Primera etapa “Lectura de historias clínicas”:.....	14
B. Segunda etapa “Entrevistando-nos” :	14
C. Tercera etapa “Entrevistando-los” :.....	15
VII. Discusión	16
VIII. Recomendaciones	17
IX. Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva.....	18
X. Referencias bibliográficas.....	19
XI. Anexos	22

I. Acerca de las/os autoras/es:

El presente trabajo fue realizado por trabajadoras del Centro de Salud y Acción Comunitaria n° 5 (en adelante, CeSAC nro. 5) Hospital Santojanni de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA), integrantes de la residencia de Medicina General; y Marisa Carreras Cafora, médica generalista del CeSAC nro. 49, ex residente y jefa de residentes de la residencia de Medicina General del CeSAC nro 5.

II. Introducción:

A. Introducción al tema

La Residencia de Medicina General y/o Familiar (en adelante, RMG y/o F) del Hospital Santojanni fue creada en el 2004 y luego de sucesivas mudanzas por centros de salud del área programática, finalmente en 2011 se ubica en el CeSAC nro. 5, su sede actual. El mismo se encuentra en la Comuna 8 de CABA, específicamente en Villa 15, popularmente conocida como “Ciudad Oculta” en Villa Lugano. Junto con Villa Riachuelo y Villa Soldati conforman dicha Comuna. Según el Instituto de Estadística y Censos de la CABA sobre la base del Censo Nacional de 2022, en el Área Programática del Hospital Santojanni, la población entre 10 a 14 años es de 12.183 personas y entre 15 a 19 años 12.120 de un total de 174.777 personas. Es decir que, continúa siendo una zona de la CABA con un alto porcentaje de población menor de 17 años. La RMG y/o F cumple un rol muy importante acompañando a las personas en su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, sus familias y la comunidad. Cuenta con dispositivos en los distintos días de la semana que organizan el acompañamiento según rango etario y problemas de salud. Uno de ellos es el de “Salud Sexual Integral” (en adelante, SSI) que funciona los viernes a la mañana y es por demanda espontánea. Tiene como objetivo abordar temáticas como anticoncepción y métodos de barrera, infecciones de transmisión sexual, violencia basada en género, sintomatología ginecológica, interrupción voluntaria del embarazo, disfrute y placer en las relaciones sexuales.

En el año 2023 se crea el “Grupo de Adolescencia” en el CeSAC nro. 5 con el objetivo de promover los vínculos entre los/las jóvenes y el sistema de salud, y entre ellos/as mismos/as también. Está coordinado y llevado a cabo por una psicóloga infantil, dos hebiatras y una trabajadora social. Surge a partir de la observación de situaciones de vulnerabilidad en los y las adolescentes, dificultades para vincularse con pares, exclusiones en sus ámbitos de inserción y falta de espacios de referencia por fuera de sus familias. A través de actividades

recreativas, una vez por semana este grupo busca la integración de un equipo interdisciplinario para la mejora en la calidad de atención de los y las jóvenes y de soporte para quienes los y las acompañan. En este sentido, este encuentro es un momento de bienestar no solo para los y las adolescentes sino también para las referentes del grupo.

Siguiendo a Dina Krauskopf (2000), es necesario pensar abordajes específicos para los y las adolescentes que promuevan la salud integral. Considerando que sin una adecuada formación no hay detección de problemas y sin esto no hay un abordaje integral (Cassano P. y cols., 2016), es que decidimos hacer el presente trabajo de investigación.

B. Pregunta problema:

¿Cómo es el abordaje de la salud de los y las adolescentes entre 13 y 19 años realizado por la RMG y/o F en el CeSAC nro. 5 durante el periodo de febrero de 2024 a octubre de 2025?

C. Propósito de la investigación:

El propósito de esta investigación es describir y analizar el modo en que se aborda la salud de los y las adolescentes de entre 13 y 19 años en el marco de la RMG y/o F del CeSAC nro. 5, identificando las prácticas, representaciones y estrategias implementadas por los y las residentes en su trabajo cotidiano. Se busca aportar a la reflexión sobre la atención integral de la adolescencia en el primer nivel de atención (en adelante, PNA), reconociendo los desafíos, oportunidades y tensiones que atraviesan la formación médica y el ejercicio profesional. Asimismo, el estudio pretende contribuir al fortalecimiento de prácticas de cuidado más accesibles, participativas y acordes a las necesidades reales de esta población, promoviendo un enfoque interdisciplinario, intersectorial y de derechos en el abordaje de la salud adolescente.

D. Antecedentes de investigación o estado del arte:

La atención integral de la salud de adolescentes constituye un desafío persistente para los sistemas sanitarios, tanto en América Latina como a nivel local. Diversos estudios coinciden en señalar la existencia de una brecha significativa entre las necesidades reales de este grupo etario y la capacidad de respuesta de los dispositivos institucionales de salud. Esta brecha no responde únicamente a factores operativos o de infraestructura, sino que está profundamente atravesada por dimensiones simbólicas, relacionales y estructurales. Loayssa y Echagüe (2001) subrayan la necesidad de una política sanitaria orientada activamente hacia

la adolescencia, que reconozca la especificidad de sus problemáticas y las limitaciones del sistema de salud para abordarlas adecuadamente. Frente a la polarización entre servicios específicos para jóvenes y atención general en centros de salud, los autores proponen un enfoque complementario, que potencie las fortalezas de ambos modelos. Su propuesta interpela al modelo biomédico tradicional al exigir que los profesionales del primer nivel de atención asuman un rol protagónico en la construcción de vínculos terapéuticos significativos con los y las adolescentes. Uno de los ejes centrales que emerge de esta literatura es la urgencia de repensar la práctica clínica desde un enfoque preventivo y anticipatorio, que contemple estrategias de educación para la salud, detección de factores de riesgo y acompañamiento personalizado. Esta concepción desafía las lógicas reactivas y fragmentarias del sistema de salud, que tienden a invisibilizar las problemáticas psicosociales subyacentes en las consultas adolescentes. Tal como plantean Furlán (2020) y Kantor (2008), el abordaje de la adolescencia exige superar el paradigma adultocéntrico para posicionarse desde un enfoque de derechos, que habilite la construcción de subjetividades autónomas, críticas y activas. En la misma línea, el estudio de Cassano et al. (2016) sobre autolesiones no suicidas (en adelante, ANS) aporta una lectura situada y profundamente crítica sobre cómo las representaciones profesionales y comunitarias condicionan las posibilidades de detección temprana, acompañamiento y abordaje integral del sufrimiento adolescente. Las ANS no son presentadas como "conductas problema", sino como expresiones simbólicas de un malestar social y subjetivo de mayor complejidad. Este trabajo refuerza la idea de que el sufrimiento adolescente debe ser entendido como un fenómeno multidimensional, atravesado por relaciones vinculares, contextos de vulnerabilidad y violencias estructurales, que requieren dispositivos de escucha activa y marcos no patologizantes.

El estudio "Análisis de las prácticas de intervención del CAPS N.º 42, Villa España, Berisso" (2020) permite profundizar en las dinámicas institucionales que, en lugar de facilitar, dificultan el acceso efectivo de los y las adolescentes a la atención en salud. A través del análisis cualitativo de prácticas y representaciones del equipo interdisciplinario, se visibiliza cómo ciertas formas de vínculo —basadas en el juicio, la norma o el control— reproducen modelos adultocéntricos que expulsan simbólicamente a los/as adolescentes del sistema. En lugar de sujetos de derecho, son muchas veces tratados como objetos de intervención. Esto pone en evidencia las denominadas "barreras subjetivas" de acceso, que no dependen de

recursos materiales sino de condiciones relacionales y simbólicas de acogida y reconocimiento mutuo.

Según una investigación sobre representaciones de participación en el campo de la salud, los/as adolescentes no logran entablar una buena relación con los médicos pero a pesar de ello consideran útiles los servicios de salud. A medida que 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. Se encontró que la mayoría de los jóvenes desconoce la existencia de los servicios especializados para adolescentes del sistema público de salud (Kornblit y otros, 2005).

Un estudio recabado (Gamboa, J. y cols., 2023) muestra que los y las adolescentes recurren preferentemente a fuentes no institucionales (pares, redes sociales, internet) frente a dudas o malestares de salud, lo que evidencia un distanciamiento significativo respecto de los servicios formales. Esta desafección no es síntoma de apatía, sino una respuesta crítica frente a entornos sanitarios que no los/as interpelan, no los/as representan, ni ofrecen espacios apropiables para el ejercicio pleno de su autonomía. Retomando a Erikson (1968), la adolescencia es una etapa vital marcada por la necesidad de pertenencia y expresión subjetiva; por tanto, los dispositivos de salud deben pensarse no solo como funcionales, sino también simbólicamente habitables.

Finalmente, otra investigación (Buongiorno, V. y cols., 2016) refuerzan esta perspectiva al demostrar que el acceso limitado de los y las adolescentes al sistema de salud no se debe a una supuesta "falta de voluntad", sino al modo en que las instituciones continúan operando desde estructuras que no les reconocen como sujetos activos ni legítimos. Esta arquitectura institucional refuerza lógicas de corrección, control y estigmatización, desatendiendo las múltiples formas de habitar los cuerpos, los lenguajes y las subjetividades adolescentes. En contraposición, los estudios identifican factores facilitadores, como la mediación comunitaria, el enfoque territorial y el trabajo interdisciplinario, que permiten construir estrategias de cuidado más inclusivas, sensibles y transformadoras.

Estas investigaciones permiten delinear un campo de problematización común: la distancia entre las condiciones ideales de un abordaje integral de la salud adolescente y las prácticas reales que se despliegan en los servicios de salud. Esa distancia responde principalmente a modelos de atención que no han logrado adaptarse a las particularidades de esta etapa vital. Repensar la atención integral de adolescentes desde una lógica de

derechos, participación y subjetividad implica, entonces, una transformación profunda del modo en que se concibe y se ejerce el cuidado de la salud de los y las adolescentes.

E. Marco teórico:

- **Adolescencia y su marco legal**

La adolescencia es una etapa clave del desarrollo humano, que marca la transición entre la niñez y la adultez. Es un período complejo, caracterizado por profundos cambios que requieren ser abordados desde una perspectiva integral y situada. Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), la adolescencia comprende la franja etaria de los 10 a los 19 años, y puede dividirse en adolescencia temprana —de los 10 a los 14 años— y tardía —de los 15 a los 19 años—; mientras que la juventud comprende la franja etaria de los 15 a los 24 o 29 años —según los criterios considerados en las distintas clasificaciones—, presentándose una intersección entre ambos grupos en el rango de 15 a 19 años. No obstante, más allá del rango etario, lo que resulta fundamental es su valor funcional, adaptativo y decisivo en la construcción de la identidad, la autonomía y la participación activa en la vida social (UNICEF, s.f.). Desde una perspectiva más detallada, Loayssa y Echagüe (2001) plantean que la adolescencia comienza alrededor de los 12 o 13 años, en coincidencia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y se extiende hasta aproximadamente los 20 años, cuando finaliza el crecimiento somático y, en teoría, se alcanza la madurez psicosocial. La adolescencia debe comprenderse como un proceso dinámico que va más allá de los cambios puberales, implica también transformaciones subjetivas, sociales y culturales que preparan al individuo para asumir los derechos y responsabilidades propias de la adultez. En este sentido, el proceso adolescente debe conducir a una mayor autonomía respecto de las figuras parentales, al desarrollo de una autodefinición personal, a la capacidad de establecer vínculos significativos y a la toma de decisiones informadas sobre su proyecto de vida. La percepción de adolescentes y jóvenes como personas incapaces, inmaduras y/o incompletas supone que las personas adultas cumplan una función tutelar, controlando que no se aparten del deber ser, configurando e imponiendo lo que es “normal”, y señalando aquello que no se ajuste al canon como un desvío a corregir (Kantor, 2008). Este enfoque asocia adolescencia y juventud con situaciones de riesgo vinculadas al ejercicio de la sexualidad, al consumo de sustancias o a hechos delictivos. Se propicia así la instalación de una imagen que estigmatiza a adolescentes y jóvenes, sostenida a través de un discurso de

peligrosidad social que recae particularmente sobre los sectores más relegados, justificando un mayor control punitivo y reforzando de esta forma su vulnerabilidad.

En el contexto argentino, esta etapa se encuentra respaldada por un sólido marco normativo que promueve el respeto y el ejercicio efectivo de los derechos de niños, niñas y adolescentes. La aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño, mediante la Ley 23.849, otorga jerarquía constitucional a principios fundamentales como el derecho a la salud, a la información y a la participación (Congreso de la Nación Argentina, 1990). En esta línea, el Código Civil y Comercial de la Nación define como adolescentes a las personas menores de 18 años que hayan cumplido los 13, habilitándolas a tomar decisiones vinculadas a procedimientos médicos no invasivos. Asimismo, reconoce que a partir de los 16 años pueden decidir de manera autónoma sobre cuestiones relacionadas con su salud, en condiciones equiparables a las de una persona adulta (Congreso de la Nación Argentina, 2015). Por su parte, la Ley 26.150 establece la obligatoriedad de implementar la Educación Sexual Integral (en adelante, ESI) en todos los niveles educativos. Esta normativa constituye una herramienta clave para garantizar el acceso a información clara, científica y respetuosa sobre los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo el autocuidado, el consentimiento, la igualdad de género y la toma de decisiones libres e informadas (Congreso de la Nación Argentina, 2006). Para el cumplimiento efectivo de estos derechos, es imprescindible adoptar un enfoque basado en derechos humanos, que reconozca la dignidad y la capacidad de acción de las y los adolescentes. Este enfoque debe contemplar, además, la perspectiva de género y la interculturalidad, promoviendo contextos inclusivos donde se respete la diversidad y se garantice la participación activa de las juventudes en las decisiones que afectan sus vidas.

- **Atención integral de adolescentes**

Se entiende a la salud integral como un proceso dinámico y multidimensional, no refiere a la ausencia de enfermedad ni a una relación unicausal entre fenómenos biológicos y responsabilidades individuales. Es una realidad social y cultural, un campo en tensión donde se interrelacionan diversas dimensiones que la atraviesan y la construyen constantemente. Se considera un concepto positivo, un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La guía *“Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad”* (PNSIA-MSAL y CEPA-SAP, 2010) plantea que la atención a esta población debe tener un enfoque integral que contemple factores biológicos, psicosociales y contextuales (estilo de vida, ambiente, familia y pares). Su propósito es

preservar la salud y promover el desarrollo, mediante actividades anticipatorias, detección temprana de riesgos y fortalecimiento de factores protectores. Se enfatiza la necesidad de un trabajo interdisciplinario e intersectorial, con equipos diversos y una red de servicios jerarquizada que garantice el acceso. Asimismo, se destaca la importancia de la participación activa de adolescentes, familias e instituciones sociales (escuelas, clubes, etc.) en la identificación de problemas y en la construcción conjunta de soluciones, promoviendo la cogestión como estrategia central. El abordaje de la salud integral de los y las adolescentes en Argentina tiene como precedente la creación de la residencia postbásica que significó un paso importante en la institucionalización del mismo. El programa se articula con las residencias básicas de pediatría y de medicina general y/o familiar, reconociendo que la formación clínica recibida en dichas especialidades constituye la base para un enfoque más integral. El requisito de haber completado estas residencias previas asegura que los profesionales cuenten con competencias generales sólidas, a partir de las cuales se especializan en adolescencia, entendida no como un recorte aislado sino como parte de un continuo en el proceso vital (GCABA, 2006).

- **Oportunidad perdida y barreras subjetivas**

Los sistemas de salud frecuentemente no abordan de forma adecuada e integral las necesidades específicas de esta población, desaprovechando así instancias clave de intervención y acompañamiento (CEPAL, 2022; OPS, 2018). En este marco, el concepto de “oportunidad perdida” cobra centralidad analítica. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud:

Una oportunidad perdida se refiere a toda circunstancia en que una persona tiene contacto o acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integrales de salud que le corresponden de acuerdo con las normas vigentes, según grupo etario, género y/o condiciones de riesgo. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En el caso de los y las adolescentes, estas oportunidades desaprovechadas se traducen en omisiones clínicas, comunicacionales y vinculares que impiden detectar, orientar o intervenir sobre aspectos cruciales del desarrollo integral.

Existen distintas barreras que van desde la falta de espacios adecuados hasta el adultocentrismo de los equipos de salud y el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Salud de Argentina, 2020; Ramos, 2017). Como resultado, se

produce un fenómeno de atención fragmentada y limitada al motivo de consulta, en la cual se pierden posibilidades de abordar situaciones de riesgo o promover acciones de cuidado. Este modelo asistencialista reproduce inequidades, especialmente en adolescentes que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad social, económica o territorial (CEPAL, 2022; UNICEF, 2021), promoviendo la invisibilización de este grupo etario.

Desde un enfoque de atención primaria de la salud (en adelante, APS), las oportunidades perdidas constituyen un indicador crítico de la calidad de atención. No se trata solo de evaluar si la demanda explícita fue resuelta, sino de analizar si el contacto con el sistema fue aprovechado para realizar acciones de promoción, prevención y acompañamiento acordes a la etapa del desarrollo y al contexto del/la adolescente (OPS, 2014; Ministerio de Salud de Colombia, 2016). Desde una perspectiva de justicia sanitaria, cada oportunidad desaprovechada reproduce desigualdades evitables, mientras que cada intervención oportuna puede actuar como un punto de inflexión en la trayectoria vital de un adolescente. Apostar por servicios sensibles a sus realidades no solo mejora los indicadores de salud, sino que fortalece el ejercicio efectivo de derechos y la ciudadanía plena.

- **Perfil Generalista**

La Medicina General y/o Medicina de Familia es una disciplina académica y una especialidad médica que centra su objeto de conocimiento y su actividad profesional en acciones de cuidado que inciden en el proceso de salud-enfermedad de las personas, su familia y la comunidad (GCBA MSAL, 2023). Al abarcar el cuidado de la salud en todas las etapas de la vida, encuentra en la adolescencia un momento clave para desplegar su mirada integral ejerciendo la clínica con perspectiva ampliada. Desde esta misma, la atención de adolescentes requiere reconocer los cambios propios de esta etapa y los determinantes sociales que la atraviesan, generando abordajes situados que se adecúen a la diversidad de contextos y que promuevan y faciliten el acceso a los derechos de salud, concebida integralmente. La clínica ampliada implica el estudio de la singularidad de cada situación para la toma de decisiones. En este sentido, los y las generalistas se constituyen en el primer nivel de atención, articulando interdisciplinariamente, promoviendo espacios accesibles y confiables para adolescentes. El acompañamiento se orienta no solo a la resolución de problemas de salud, sino también realizando intervenciones de carácter promocional y preventivo.

Una competencia se define como una capacidad multidimensional y dinámica que integra saberes, valores y actitudes. Cuando se adquiere, es inherente a la persona (Coordinación General de la Residencia de Medicina General y/o Familiar de CABA, 2023). Según el Programa Docente General de la Residencia de Medicina General y/o Medicina de Familia de la CABA (GCBA MSAL, 2023), una de las competencias del perfil generalista es organizar y/o colaborar en la implementación de dispositivos de atención/cuidados que fortalezcan la accesibilidad y calidad de atención. De esta manera, la Medicina General y/o Familiar aporta una base sólida para garantizar el acceso, la continuidad y la calidad de la atención integral en esta población en particular.

III. Objetivos

A. Objetivo general:

- Describir y analizar el proceso de atención brindado a adolescentes de entre 13 y 19 años que concurren a consultas en la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 de la CABA durante el período de febrero de 2024 a octubre 2025.

B. Objetivos específicos:

- Describir los principales motivos de consulta y las puertas de entrada al sistema de salud utilizadas por adolescentes de 13 a 19 años atendidos/as en la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 durante el período de febrero de 2024 a octubre 2025.

- Conocer las experiencias, percepciones y demandas de los/as adolescentes en relación con la atención en el CeSAC nro. 5.

- Conocer las experiencias de los/as residentes de la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 sobre el abordaje y su formación en la salud de las adolescencias durante el período de febrero de 2024 a octubre 2025.

IV. Diseño de investigación:

A. Metodología

El presente trabajo tuvo un diseño no estandarizado, no experimental, de enfoque cualitativo y alcance exploratorio-descriptivo, de dimensión temporal transversal y carácter observacional. Utilizamos como fuente primaria historias clínicas de atenciones a adolescentes llevadas a cabo por la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 durante el período febrero 2024 a febrero de 2025, entrevistas semiestructuradas autoadministradas a residentes y un

grupo focal con adolescentes que concurren al “Grupo de adolescencia” del CeSAC nro. 5. El grupo focal fue planificado previamente por el equipo investigador, categorizando las preguntas disparadoras a realizar en diferentes dimensiones: trato recibido, expectativas, demandas no satisfechas, espacios comunitarios y emergentes (ver anexo n°1). Esta última dimensión fue creada para cuestiones que surgieran más allá de las preguntas disparadoras. Fue grabado para facilitar posteriormente el análisis del mismo. Tomamos como criterios de inclusión a adolescentes de entre 13 a 19 años atendidos/as por la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 entre los meses de febrero 2024 a febrero 2025 para la revisión de historias clínicas; y para el grupo focal, adolescentes que estuvieran participando del “Grupo de adolescencia” del CeSAC nro. 5. Los criterios de exclusión fueron personas que no deseaban participar en el trabajo de investigación. Para las entrevistas autoadministradas, los criterios de inclusión fueron los/as residentes de la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 durante el período febrero 2024 a octubre 2025 y los de exclusión fueron personas que no deseaban participar del trabajo de investigación y que no hayan estado en la residencia durante el mismo período.

B. Recolección de datos:

Se realizó lectura y análisis de historias clínicas electrónicas de consultas de adolescentes entre 13 y 19 años cotejadas por la estadística propia de la RMG y/o F del CeSAC nro. 5, en el período de tiempo desde febrero 2024 a febrero 2025. Al mismo tiempo se realizó una entrevista semiestructurada autoadministrada a residentes de la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 que actualmente continúan su formación en la residencia o ejercen en distintos efectores de salud. Por último, se realizó un grupo focal con los y las adolescentes que participan en el grupo de adolescencia del CeSAC nro. 5. El desarrollo se realizó en tres etapas. En la primera etapa, que llamamos “Lectura de historias clínicas” se llevó a cabo la sistematización de los registros garantizando la confidencialidad de los datos. De las mismas se tomaron los datos filiatorios (género autopercebido y edad); también el motivo de consulta, cantidad de consultas durante el período analizado y observaciones.

En una segunda etapa, que llamamos “Entrevistando-nos” se envió vía mail una entrevista individual autoadministrada (google forms) con preguntas tanto abiertas como cerradas. Para la realización de la misma se utilizó la clasificación de Mertens (2010) en seis tipos de preguntas: 1. De opinión; 2. De expresión de sentimientos; 3. De conocimientos; 4. Sensitivas; 5. De antecedentes; 6. De simulación. Se buscó con la misma caracterizar a los y

las participantes y reflexionar sobre la propia práctica actual y la formación durante la RMG y/o F en el CeSAC nro. 5. Para la realización de la misma, se envió por el mismo medio un consentimiento informado.

Por último, en una tercera etapa, que llamamos “Entrevistando-los” se realizó un grupo focal con los y las adolescentes que participan en el grupo de adolescencia del CeSAC nro. 5. El mismo contó con siete participantes además de tres investigadoras, de las cuales una fue la coordinadora y las otras tuvieron funciones de registros de lenguaje verbal y no verbal de dicha entrevista grupal. También participaron a modo de apoyo las personas que conforman el equipo de trabajo referente de dicho espacio. La participación en la entrevista grupal se realizó bajo previo consentimiento informado entregado y explicado a los y las adolescentes y firmado por los y las mismos/as. El mismo fue grabado para facilitar la recolección de información posterior. Se buscó con el grupo focal conocer las experiencias, percepciones y demandas de adolescentes en relación a la atención en el CeSAC nro. 5.

Para el análisis de los datos se realizó la triangulación, proceso que entendemos de acuerdo a Cisterna Cabrera (2005) la agrupación y cruce de la información surgida de los tres instrumentos utilizados: sistematización de la historia clínica; la entrevista semiestructurada a residentes de la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 durante el período establecido y los datos relevados del grupo focal con adolescentes del grupo de adolescencia del CeSAC nro. 5. para comprender el proceso de atención brindado a los y las adolescentes por la RMG y/o F del CeSAC nro. 5.

V. Consideraciones éticas:

El presente estudio se realizó conforme a los principios emanados de la Ley nacional 25.326/2000 (Protección de los datos personales) y la Declaración de Helsinki (1964) de la Asociación Médica Mundial y actualizaciones posteriores; y conforme a la legislación local (Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud ley 3.301 (Ley 3301) y Decreto 58/11(Decreto No 58/11). Para participar de las entrevistas y del grupo focal, se envió un consentimiento informado por escrito, previa explicación del mismo para decidir de forma autónoma su participación. Se garantizó con los mismos el anonimato, la confidencialidad de los datos y la voluntariedad en la participación de las mismas. Este trabajo consta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Santojanni y la autorización por parte de la jefatura del CeSAC nro. 5 (ver anexo n° 3).

VI. Resultados

A. Primera etapa “Lectura de historias clínicas”:

Se realizó la sistematización de un total de 92 historias clínicas realizadas por la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 desde febrero de 2024 a febrero 2025. Para favorecer el análisis posterior de los resultados, sistematizamos la información en diferentes categorías (sexo biológico, motivos de consulta, longitudinalidad, continuidad de cuidados de salud). De la misma se puede identificar la siguiente información: el sexo biológico del 95.7% de las personas atendidas era mujer (ver figura nº 1) y el 93.5% tenían 15 años o más (ver figura nº 2). En relación a los motivos de consulta, la mayoría fueron consultas en torno a la SSI y solo el 15% se correspondió con examen periódico de salud (ver figura nº 3). Con respecto a la longitudinalidad de la atención, se pudo observar que 70 adolescentes concurren en una sola ocasión a la consulta con la residencia y solo siete a tres o más consultas (ver figura nº 4). En cuanto a la continuidad de sus cuidados de salud, la mayoría no se recita (ver figura nº 5).

B. Segunda etapa “Entrevistando-nos”:

Se envió una entrevista semiestructurada y auto administrada a los y las residentes de la RMG y/o F del CeSAC nro. 5, durante el periodo de febrero 2024 a octubre 2025. La misma fue respondida por diez personas, de las que actualmente dos son residentes. Respondieron en su totalidad que atienden adolescencias y que no poseen un espacio o dispositivo específico, ni comunitarios ni asistenciales, para dicha atención en la actualidad (en la residencia o su lugar de trabajo actual). En cuanto a los motivos de consulta más frecuentes que identificaron fueron: Control de salud, SSI, Apto físico y salud mental (ver figura nº 6). Luego se preguntó con qué frecuencia recitan a los y las adolescentes donde el 40% respondió de 3 a 6 meses, y el otro porcentaje se divide en partes iguales en no lo tengo definido y en 12 meses (ver figura nº 7).

Se indagó acerca de otros problemas de salud que surgen en la entrevista y las estrategias utilizadas para que estos no representen una oportunidad perdida en la consulta. Desde la perspectiva de los y las residentes, las barreras para el acceso a la salud son: la falta de tiempo en la consultas, de espacio comunitarios y/o recreativos, de redes, de capacitación y dificultades en la construcción de la autonomía progresiva. Como otros problemas de salud que surgen además del motivo de consulta, mencionaron problemas del campo de la salud

mental, violencia, bullying y trastornos de la conducta alimentaria. En relación a las estrategias para que los mismos no representen una oportunidad perdida expresaron la implementación de habilidades comunicacionales y articulación con otras disciplinas. Así mismo, sobre las disciplinas con las que más logran articular, mencionaron en orden de frecuencia: trabajo social, psicología, nutrición y pediatría/hebiatría. Y en relación a la articulación intersectorial, la mitad mencionó a la educación, seguido por las organizaciones sociales (ver figura nº 9). En cuanto a las competencias, adquiridas durante la residencia nombraron habilidades comunicacionales, desarrollar una perspectiva de acompañamiento integral de salud desde las adolescencias y articular con otras disciplinas.

Cuando se preguntó en relación a la presencia de barreras subjetivas en el acceso a la salud de los y las adolescentes, mencionaron principalmente el miedo o la expulsión por parte de los servicios, tanto así como la incompreensión, estigma y el ser juzgados. También surgió la ausencia de actividades comunitarias dirigidas a las adolescencias o que las mismas sean dirigidas siempre a una única temática como es la SSI. Por último, también mencionaron desconocimiento de sus derechos.

C. Tercera etapa “Entrevistando-los”:

Se realizó un grupo focal en el CeSAC nro. 5 en el marco del espacio del “Grupo de adolescencia”. Previo a la realización del mismo, el equipo investigador participó de las actividades del día y antes de finalizar, se realizó el grupo focal con los y las adolescentes que habían asistido ese día, previo a brindar su consentimiento informado por escrito. Del mismo participaron 7 adolescentes, 6 mujeres y un varón, de entre 13 y 15 años. Tuvo una duración de 25 minutos, se realizó en el patio del CeSAC nro. 5 y los/as participantes se dispusieron en círculo. Fue grabado y llevado a cabo por tres de las investigadoras, una como coordinadora y dos que realizaron anotaciones del lenguaje verbal y no verbal. Además participaron como apoyos las dos referentes del “Grupo de adolescencia” (una psicóloga y una trabajadora social). Con la información obtenida se realizó una matriz que permitió su análisis. Utilizando las mismas dimensiones ya mencionadas, se subdividió las respuestas obtenidas en cada una de ellas.

En relación al trato recibido, la mayoría refirió que en el centro de salud recibe un buen trato. Una de las participantes respondió, *“Yo siempre que vengo, salgo y estoy más bien que nunca.”* y otra comentó en relación al grupo de adolescentes que *“Me siento cómoda con*

el grupo de adolescencia. Me ayuda bastante a salir de mi mundo.”. También mencionaron comodidad y confianza con otros/as profesionales del centro de salud, y remarcaron que se preocupan mucho por la salud mental de ellos/as. En cuanto a lo que esperaban del servicio de salud, expresaron que desean ser bien atendidos/as.

Con respecto a las demandas no satisfechas, mencionaron los tiempos de espera para acceder a los turnos, especialmente en el servicio de salud mental. Una participante dijo *“Vine una vez para atenderme. Me dijo, yo después te llamo para que vengas. Y como que dos meses y no me llamó. Tres meses y no me llamó. Y ahí tuve que conseguir turno en otro lado. Porque acá ya estaba como en lista de espera, por un largo tiempo. Y a mí me dijeron que tenía que ser rápido.”*

En cuanto a los espacios comunitarios, todos/as afirmaron que prefieren espacios grupales por sobre los individuales. Una participante dijo *“Un lugar donde sientas que no podés ser juzgada por nadie.”* Y otra agregó *“A veces es más cómodo hablar en grupo que hablar con una sola persona. Porque si hablas con una sola persona, esa persona te puede juzgar. Y esa persona, si le tenés mucho cariño, te puede hacer sentir mal. Pero si hablas con más personas, si una sola te juzga, el resto te puede defender.”*

Como cierre del grupo focal, habilitamos un espacio para dudas, reflexiones y comentarios. Surgieron las siguientes preguntas al equipo investigador: *“¿Y a ustedes por qué se les ocurrió hacernos estas preguntas?”*; *“¿Ustedes cómo se sienten atendiendo acá? Con la verdad. Con la verdad absoluta”*.

Del registro del lenguaje no verbal pudimos observar que algunos/as se expresaron con facilidad y otros/as, a pesar de no hablar, se mostraron atentos/as cuando alguien se expresaba. Notamos complicidad y paridad entre ellos/as y con las referentes. Además pudimos deducir que el grupo se mostró muy receptivo a una adolescente que comenzó ese mismo día.

VII. Discusión:

Los hallazgos obtenidos a partir de la triangulación de fuentes —historias clínicas, entrevistas a residentes y el grupo focal con adolescentes— permiten reconocer tensiones significativas entre las prácticas de atención actuales y las necesidades de salud de la población adolescente. Si bien observamos que existe una predisposición por parte de la RMG y/o F para abordar la salud de manera integral de los y las adolescentes, también

encontramos limitaciones estructurales, formativas e institucionales que dificultan dicho abordaje. El estudio incluyó la perspectiva de adolescentes mediante un grupo focal, aunque la muestra fue pequeña y no necesariamente representativa de todas las adolescencias atendidas en el CeSAC nro. 5. Además, el período acotado de estudio restringe la observación de procesos de atención más prolongados y la participación de un mayor número de residentes de la RMG y/o F del CeSAC nro. 5.

La revisión de historias clínicas evidencia que la atención se concentra principalmente en la demanda espontánea, con predominio de motivos de consulta vinculados a SSI. Esta tendencia se podría vincular directamente con las dificultades en el acceso a turnos, la preferencia de los y las usuarios/as en cuanto a la modalidad de atención (turno programado, demanda espontánea, dispositivo grupal) y la ausencia de estrategias que promuevan controles periódicos de salud, que limitan las oportunidades de prevención y seguimiento longitudinal. Si bien los motivos principales de consulta registrados en HC coinciden con los que señalan los/as residentes en las entrevistas, la preponderancia de SSI como puerta de entrada refuerza el carácter fragmentado y episódico del vínculo asistencial. A su vez, evidenciamos que las consultas de SSI terminan siendo una oportunidad perdida en sí misma para dar lugar a otros motivos de consulta, porque no son abordados o porque se recitan y no vuelven. No es menor aclarar que en su mayoría las personas consultantes eran de sexo biológico femenino. Esto coincide con lo recabado de estudios previos, viéndose que a medida que crecen, los varones cis se distancian del sistema de salud consultando sólo cuando existe una urgencia.

En cuanto a la longitudinalidad, la sistematización de las HC no permite evidenciar un seguimiento sostenido en el tiempo, y en las entrevistas con residentes se observa gran variabilidad en la práctica y en los criterios temporales de recitación, sin un consenso común. Esta falta de continuidad repercute directamente en la posibilidad de construir vínculos de confianza para acompañar cuidados de salud a lo largo del tiempo. La perspectiva de los/as adolescentes recogida en el grupo focal permite profundizar esta lectura. Allí emergió en varias oportunidades la necesidad de ser escuchados/as sin sentirse juzgados/as, lo que evidencia barreras subjetivas y relacionales que exceden lo organizativo. Los/as adolescentes señalan la importancia de contar con espacios de atención que no solo den respuestas técnicas, sino que habiliten un encuentro horizontal y de confianza. Esto se vincula con otro hallazgo relevante: la ausencia de espacios grupales. Mientras que para los/as adolescentes

la grupalidad representa un lugar seguro y compartido entre pares, donde pueden expresarse sin sentirse expuestos/as al afuera. En la práctica institucional actual no existen dispositivos de atención grupales específicos. Este desfase señala la necesidad de diversificar los modelos de atención, incorporando estrategias colectivas que respondan a estas formas de vinculación propias de la etapa adolescente.

Por su parte, los/as residentes identifican tanto barreras estructurales (tiempo, recursos, disponibilidad de turnos, falta de dispositivos específicos) como barreras subjetivas (dificultad para establecer vínculos sostenidos, falta de formación en comunicación y adolescencia) que obstaculizan la continuidad de cuidados. Esta mirada se complementa con las preguntas que los/as adolescentes hicieron durante el grupo focal, que revelan un deseo de mayor reciprocidad y horizontalidad en el encuentro. El corrimiento del rol exclusivamente “técnico” del equipo de salud abre la posibilidad de un encuentro más paritario, donde el saber y la experiencia adolescente también tengan lugar.

En este sentido, la formación en la RMG y/o F se posiciona como un espacio clave y con potencial transformador, especialmente si se fortalecen dispositivos comunitarios y estrategias participativas que integren modalidades grupales de atención y promuevan vínculos más horizontales. Reforzar la formación en modelos de atención grupales, comunicación con adolescentes y estrategias de continuidad permitiría construir una práctica más situada, integral y sensible a las necesidades de esta población, siendo esta parte de nuestras competencias como generalistas.

VIII. Recomendaciones:

Con los resultados obtenidos de este trabajo concluimos que es necesario repensar los modelos de atención de las adolescencias desde una perspectiva integral, participativa y con enfoque de derechos. La evidencia recogida señala que los dispositivos actuales — centrados mayormente en la demanda espontánea y con escasa continuidad— no alcanzan a garantizar un abordaje sostenido ni sensible a las particularidades subjetivas de esta etapa vital. En este sentido es importante fortalecer los espacios de formación de las residencias en temáticas específicas de adolescencia y salud integral, consolidando y ampliando dispositivos grupales que favorezcan la expresión, el acompañamiento entre pares y la construcción colectiva de saberes sobre salud.

Tal como señalan diversos autores, los grupos constituyen una herramienta privilegiada para el trabajo en salud comunitaria, en tanto posibilitan procesos de reflexión crítica y de participación activa que fortalecen la autonomía y el protagonismo de este grupo etario.

En cuanto a futuras líneas de investigación, se sugiere incorporar la perspectiva de otros/as integrantes de los equipos de salud (como enfermería, trabajo social y psicología), y explorar el impacto de nuevos dispositivos grupales en la continuidad del cuidado. Además nos parece importante profundizar en relación al mayor número de consultas por parte de las mujeres respecto de los varones.

Proponemos interpelar al modelo biomédico tradicional para transformarlo en un enfoque basado en los sujetos. En palabras de Débora Ferrandini (2011), “Cambiar el lado donde aplicamos el pegamento: que sean nuestras prácticas, nuestras acciones, las que se peguen a los problemas de las comunidades y los sujetos con los que trabajamos.”. De esta manera, para construir un modelo basado en sujetos, los/as profesionales debemos asumir el compromiso de construir vínculos terapéuticos significativos con los/as adolescentes.

IX. Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva:

Con este trabajo las autoras buscamos describir y analizar el proceso de atención brindado a adolescentes de entre 13 y 19 años que concurrieron a consultas en la RMG y/o F en el CeSAC nro. 5 durante el período de febrero de 2024 a octubre 2025. Con el mismo, intentamos destacar el rol de los y las médicos/as generalistas como agentes para garantizar el acceso, la longitudinalidad y la integralidad del cuidado; promoviendo la construcción de vínculos horizontales y la articulación interdisciplinaria e intersectorial. Asimismo, los resultados invitan a revisar los dispositivos actuales de atención, para incorporar modalidades grupales y comunitarias que respondan a las demandas y modos de habitar la salud, propios de las adolescencias.

El estudio también ofrece un aporte relevante a la formación de residentes y equipos de salud, al señalar la importancia de desarrollar competencias comunicacionales, éticas y vinculares que favorezcan prácticas no estigmatizantes ni expulsivas. En esta misma línea, remarcamos que enfrentar las oportunidades perdidas exige una transformación del modelo de atención adolescente, que priorice la promoción de derechos, la escucha activa, y la creación de entornos protectores tanto en el sistema de salud como en la comunidad. Por lo

tanto, la atención integral a adolescentes no puede reducirse a una respuesta puntual ante la demanda clínica. Se trata de un compromiso ético, político y profesional con el desarrollo humano, la equidad y la inclusión social. Reconocer y reducir las oportunidades perdidas implica construir un sistema de salud que escuche, acompañe y habilite a los y las adolescentes a ejercer su autonomía en contextos protectores. La salud adolescente no es un lujo sino una apuesta tanto para el presente como para el futuro.

X. Referencias bibliográficas:

- Buongiorno, V., & cols. (2016). *Adolescentes y salud: Representaciones y prácticas en torno al acceso a los servicios de salud*. Editorial Fundación Sadosky.
- Cassano, P., & cols. (2016). *Percepción de profesionales de salud, especialistas en adolescencia y referentes comunitarios sobre autolesiones no suicidas en adolescentes*. Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”.
- Ramacciotti, C. (2024). *Análisis de las prácticas de intervención del CAPS N° 42 sobre la población adolescente. Barrio Villa España, Berisso, período 2019- 2020* . La Plata.
- CEPAL. (2022). El bienestar de los adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe: Avances y desafíos para la agenda 2030. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Cisterna Cabrera, F., (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria* , 14 (1), 61-71.
- Comité de los Derechos del Niño. (2003). Observación general n.º 4: Salud y desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas.
- Congreso de la Nación Argentina. (1990). Ley 23.849: Convención sobre los Derechos del Niño. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Congreso de la Nación Argentina. (2006). Ley 26.150: Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Congreso de la Nación Argentina. (2015). Código Civil y Comercial de la Nación. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Erikson, E. H. (1968). *Identidad: Juventud y crisis*. W. W. Norton & Company.
- Ferrandini, D. (2011). *Algunos problemas complejos de salud*.

- Furlán, A. (2020). Adolescencias, cuerpos y derechos: El desafío de construir prácticas inclusivas en salud. *Revista Salud Colectiva*, 16, e3103.
- Gamboa Aravena, J. & cols. (2023). *Si la duda no se va: ¿El adolescente viene? Estudio cuali-cuantitativo transversal descriptivo observacional sobre los recursos que utilizan les adolescentes entre 13 y 19 años del área de influencia del Hospital Álvarez y CeSAC 34 para resolver las dudas vinculadas a su salud* [Trabajo dirigido]. Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez / CeSAC 34.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA). (2006). *Residencia posbásica en atención integral de adolescentes: Documento técnico*. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2022). *Población en viviendas particulares por sexo registrado al nacer según grupos quinquenales de edad. Área programática Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni. Año 2022*.
- Kantor, D. (2008). Sujetos de derecho o sujetos de control: la adolescencia en la encrucijada. *Revista de Ciencias Sociales*, 15(23), 77-95.
- Kornblit, A. & cols. (2005). Representaciones sociales sobre salud y participación en adolescentes. *Revista Argentina de Sociología*, 3(5), 47-66.
- Krauskopf, D. (2001). *Adolescencia y salud: retos y perspectivas en la atención primaria*. Editorial Médica Panamericana.
- Krauskopf, D. (2000): *La construcción de políticas de juventud en América Latina*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Ley 153 Ley básica de salud (1999). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Argentina. Ley N.º 25.326, Protección de los Datos Personales. Boletín Oficial, 28 de octubre de 2000.
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*.
- Loayssa, J. R., & Echagüe, J. M. (2001). Adolescencia: necesidades y respuestas del sistema sanitario. *Cuadernos de Medicina Social*, 6(1), 11-23.
- Ministerio de Justicia de la Nación (2000). Ley de Protección de los datos personales 25326.

- Ministerio de Salud de Argentina, Dirección de Adolescencias y Juventudes (2020). Salud Integral en la Adolescencia: Documento técnico. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de Colombia. (2016). *Orientaciones para la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes*. Bogotá.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Orientaciones sobre atención integral de salud para adolescentes. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). Salud de adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: Estado de situación. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). La salud de los adolescentes y jóvenes: una prioridad para la salud pública. Washington, D.C.
- Pasqualini, M. C., & Llorens, M. C. (2010). Adolescencia: un enfoque integral. Archivos Argentinos de Pediatría, 108(4), 345-351.
- PNSIA-MSAL & CEPA-SAP. (2010). Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Poder Legislativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2009). Ley sobre la protección de derechos de sujetos en investigación en salud 3301.
- Gobierno de la ciudad autónoma de Buenos Aires, Ministerio de salud (2023). Programa docente general de la residencia de medicina general y/o medicina de familia.
- Ramos, S. (2017). Barreras para el acceso a la salud de adolescentes en Argentina. Buenos Aires. CEDES.
- UNICEF. (s.f.). La adolescencia: una etapa clave para el desarrollo. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

XI. Anexos

Anexo n° 1: Consentimiento informado

Consentimiento informado

Título: "Atención integral de adolescentes en el primer nivel"

Somos Florencia, Bárbara, Marisa y Carolina y somos médicas trabajadoras del Centro de Salud Nro. 5. Estamos haciendo un trabajo de investigación sobre cómo abordamos la salud integral de los adolescentes entre 13 y 19 años. Buscamos conocer las experiencias, percepciones y demandas de adolescentes en relación con la atención en el centro de salud.

Para saber tu opinión sobre estos temas, te invitamos a realizar un grupo focal, que es una entrevista que se hace en grupo, que durará aproximadamente 15 minutos. En el grupo van a participar aproximadamente diez personas. Vamos a grabar el audio de este debate para después poder escucharlo solamente las investigadoras. Cuando hablemos con otras personas sobre este trabajo, vamos a usar nombres falsos y codificados para asegurar la confidencialidad, es decir para que nadie sepa que participaste en este trabajo. Nosotras no vamos a ganar dinero haciendo esta investigación ni con sus resultados. Tampoco tenemos financiamiento, es decir nadie, ni ninguna empresa o gobierno, nos dio plata para hacer esta investigación. Presentaremos los resultados de este trabajo en congresos y revistas relacionados con el tema que estamos investigando.

La decisión de participar de este trabajo es voluntaria, es decir que no estás obligado/a/a participar si no querés. Participar en este grupo focal no va a tener efectos directos sobre tu salud ni va a hacer ningún daño físico. Si te genera incomodidad o algún otro sentimiento hablar de estos temas, podés interrumpir la actividad y dejar de participar sin tener que darnos explicaciones. No vamos a pagarte ni vas a recibir ningún beneficio por participar, pero esperamos que este estudio aporte información que nos permita mejorar la atención de los adolescentes en este centro de salud.

Tendrás el derecho de conocer los resultados de este trabajo de investigación, así que una vez que lo terminemos, podés pedirnos esos resultados.

Por favor, antes de firmar y aceptar el consentimiento, hacé todas las preguntas necesarias a las investigadoras. También podés contactarte con el Comité de Ética de la investigación si en algún momento de la investigación tenés alguna otra pregunta que hacer. También podés comunicarte directamente con nosotras.

Investigadoras: Florencia Pérez Forte, Bárbara Poggi, Marisa Carreras Cafora y Carolina Pozzi.

Celular personal: 3329612750 Mail: caropozzi26@gmail.com

Como participante del estudio declaro que leí. Además, declaro que la entendí y tuve la oportunidad de preguntar. Doy mi consentimiento para participar voluntariamente y gratuitamente, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento. Al firmar acepto que la información que yo otorgue será usada para la investigación.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

FECHA:

NUM DE REGISTRO:

Anexo n°2: Entrevista semiestructurada autoadministrada

Somos Florencia, Bárbara, Carolina y Marisa. Somos médicas trabajadoras del Centro de Salud Nro. 5. Estamos haciendo un trabajo de investigación sobre cómo abordamos la salud integral de los adolescentes entre 13 y 19 años. Buscamos conocer las experiencias y percepciones de los profesionales de salud en relación a las demandas de adolescentes en el centro de salud. Los datos recolectados de esta entrevista serán confidenciales. Nosotras no vamos a ganar dinero haciendo esta investigación ni con sus resultados. Tampoco tenemos financiamiento, es decir nadie, ni ninguna empresa o gobierno, nos dio plata para hacer esta investigación. Presentaremos los resultados de este trabajo en congresos y revistas relacionados con el tema que estamos investigando. No vamos a pagarte ni vas a recibir ningún beneficio por participar, pero esperamos que este estudio aporte información que nos permita mejorar la atención de los adolescentes en este centro de salud.

- 1) Doy mi consentimiento para realizar la entrevista de acuerdo a los términos especificados anteriormente.

Sí / No

- 2) Género autopercebido

Mujer / Hombre / No binario / Otro / Prefiero no decirlo

- 3) Edad

25-30 años / 31-40 años / 41-50 años / 51-60 años

- 4) ¿Hace cuánto que terminaste la residencia?

Menos de 5 años / Entre 5-10 años / Más de 5 años

- 5) Actualmente te desempeñas como generalista en

Sistema público / Obra social / Sistema privado / Cargo de gestión en salud / Docente / Otro:

- 6) ¿En tu lugar de trabajo acompañas adolescencias?

Sí / No / No corresponde

- 7) ¿Tenés un espacio específico para el acompañamiento de adolescencias?

Sí / No / No corresponde

- 8) En caso de que la respuesta anterior sea Sí: ¿Hace cuánto que participas de dicho espacio?

Meses / Un año / Más de un año

- 9) El espacio en el que acompañas adolescencias es:

Comunitario / Asistencial

- 10) En el caso del acompañamiento asistencial de adolescencias, ¿Cada cuánto les citas más allá del motivo de consulta?

< 3 meses / 3 meses / 3-6 meses / Anual / No lo tengo definido

- 11) En relación a tu experiencia, ¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes de los adolescentes?

Apto físico / Salud sexual / Salud mental / Ficha de ANSES / Otro:

En caso de haber respondido "otro" ¿Cuál/es?:

- 12) En la consulta de salud con los adolescentes, ¿Surgen otros problemas además del motivo de consulta?

Sí / No / No corresponde

Si la respuesta anterior fue Sí: ¿Cuál/es?:

- 13) ¿Qué haces para que estos otros problemas no representen una oportunidad perdida? ("Una oportunidad perdida se refiere a toda circunstancia en que una persona tiene contacto o acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integrales de salud que le corresponden de acuerdo con las normas vigentes, según grupo etario, género y/o condiciones de riesgo").

- 14) ¿Crees que existen barreras subjetivas* en el acceso a la salud de los adolescentes? (Entendemos a las barreras subjetivas como: Barreras subjetivas*: Aquellas que no dependen de recursos materiales sino de condiciones relacionales y simbólicas de acogida y reconocimiento mutuo. Reproducen modelos adultocéntricos que expulsan simbólicamente a los adolescentes del sistema).

Sí / No / No corresponde

Si la respuesta anterior fue Sí, ¿Podrías mencionar algunas?:

- 15) ¿Encontras dificultades en la atención de adolescentes?

Sí / No / No corresponde

Si la respuesta anterior fue Sí, ¿Cuál/es?:

- 16) En cuanto a la articulación interdisciplinaria en tu lugar de trabajo ¿Con qué disciplinas realizas dicha articulación?

- 17) En cuanto a la articulación intersectorial en el acompañamiento de adolescentes en tu lugar de trabajo ¿Con qué sectores realizas dicha articulación?

- 18) ¿Con qué redes contas para el acompañamiento de adolescencias en tu lugar de trabajo?

- 19) ¿La residencia de medicina general del CeSAC 5 tuvo formación sobre temas relacionados con la adolescencia?

Sí / No / No recuerdo

- 20) Por fuera de tu formación residencial ¿Realizaste cursos o capacitaciones relacionados con el acompañamiento de las adolescencias?

Sí / No

Si la respuesta anterior fue Sí, ¿Cuál/es?:

- 21) ¿Qué competencias crees que adquiriste durante la residencia para acompañar adolescencias?

- 22) Te dejamos un espacio si querés agregar algo que no hayamos preguntado, ¡Muchas gracias!

Anexo n°3: Aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Santojanni



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
Hospital General de Agudos D. F. Santojanni
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Buenos Aires, 23 de Enero de 2024

De acuerdo con lo establecido en la normativa vigente, este Comité ha evaluado el proyecto de investigación que a continuación se menciona.

Código de registro: 17464

Título del protocolo: ADOLÉS: Adolescentes Descubriendo Oportunidades Limitadas En Salud". Atención integral de adolescentes en el primer nivel de atención de la Residencia de Medicina General en el CeSAC N.º 5

Patrocinador: no corresponde

Investigador principal: Carolina Pozzi

Institución donde se desarrollará: CeSAC 5

Con relación al mismo se ha recibido la siguiente documentación:

- Autorización de jefe superior
- Protocolo Fecha: 04 / 01 / 2024 Versión: 1
- Consentimientos / asentimientos Detalle: versión 1; 04-01-24
- Material que se entrega a los sujetos, avisos de reclutamiento y otros documentos Detalle: No corresponde
- Declaración jurada conforme modelo del Anexo III, Resolución 2476/MSGC/2019 CV del
- investigador principal

Categorización de riesgo asignado por el CEI: riesgo mínimo

Los miembros del Comité han discutido convenientemente el proyecto.

De igual forma, han procedido a evaluar la documentación que respalda la idoneidad del investigador principal, incluyendo título profesional, matrícula profesional, curriculum vitae, certificación de especialista y capacitación en buenas prácticas clínicas. También se ha considerado la adecuación de las instalaciones para el desarrollo del estudio en evaluación.

Página 1 de 2



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
Hospital General de Agudos D. F. Santojanni
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Luego de considerar todo lo antes mencionado, el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos D. F. Santojanni ha decidido aprobar el protocolo de referencia para su realización en CeSAC 5, dirigido por Pozzi, Carolina como investigador principal. El presente dictamen tiene una vigencia de un (1) año.

Con relación a esta aprobación, se deja constancia que se han aprobado específicamente los documentos que se mencionan a continuación:

- Protocolo, fecha: 04 / 01 / 2024, versión: 1
- Consentimientos/asentimientos: versión 1; 04-01-24
- Material que se entrega a los sujetos, avisos de reclutamiento y otros documentos: No corresponde

La investigación de referencia será supervisada de manera continua por este Comité de acuerdo con lo contemplado en sus Procedimiento Operativos Estandarizados.

Firmas por el CEI

Dr. Marcelo E. Katz
Presidente
Comité de Ética en Investigación
Htal. D. F. Santojanni

Página 2 de 2

Anexo n°4: Grupo Focal a grupo de Adolescentes previo consentimiento informado

Dimensiones	Preguntas
Trato recibido	¿Con qué palabra describirías el trato recibido en el CeSAC? ¿Te sentís cómodx viniendo al CeSAC? ¿Por qué? / ¿Alguna vez sentiste que no te tomaron en serio por ser adolescente?
Expectativas	¿Qué esperás del equipo de salud cuando venís al CeSAC?
Demandas no satisfechas	¿Algunas vez te fuiste del CeSAC y no te sentiste acompañadx o conforme con la atención? / ¿Qué te gustaría que hubiera en el CeSAC que hoy no hay?
Espacios comunitarios	¿Qué buscas en espacios grupales con otros adolescentes?
Emergentes	

Fuente: elaboración propia

Figura nº 1: Sexo biológico de lo/as adolescentes atendidos por la Residencia de Medicina General del CeSAC 5 en el período de febrero de 2024 a febrero de 2025.

Fuente: Revisión de historias clínicas de adolescentes atendidos/as por la Residencia de Medicina General del CeSAC nro. 5 en el período de febrero de 2024 a febrero de 2025.

Elaboración propia

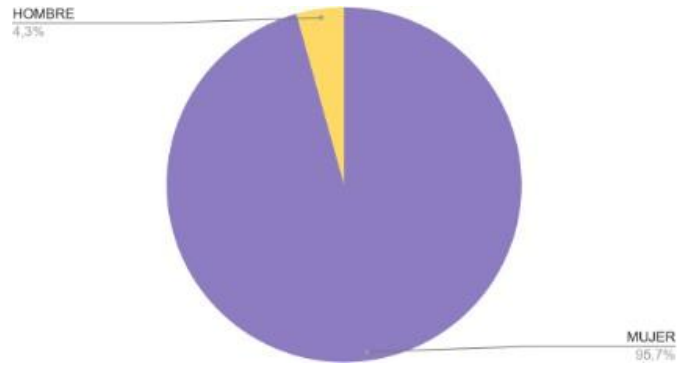


Figura nº 2: Edad de lo/as adolescentes atendidos por la Residencia de Medicina General del CeSAC 5 en el período de febrero de 2024 a febrero de 2025.

Fuente: Revisión de historias clínicas de adolescentes atendidos/as por la Residencia de Medicina General del CeSAC nro. 5 en el período de febrero de 2024 a febrero de 2025.

Elaboración propia

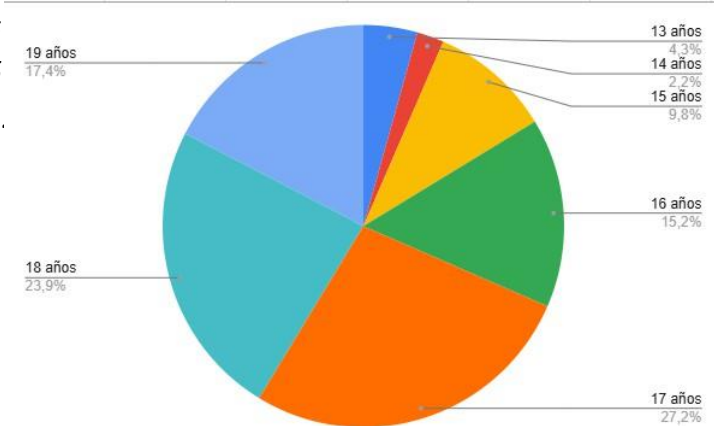


Figura nº 3: Motivos de consulta de los/as adolescentes atendidos por la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 en el período de febrero de 2024 a febrero de 2025.

Fuente: Revisión de historias clínicas de adolescentes atendidos/as por la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 en el período de febrero de 2024 a febrero de 2025. Elaboración propia.

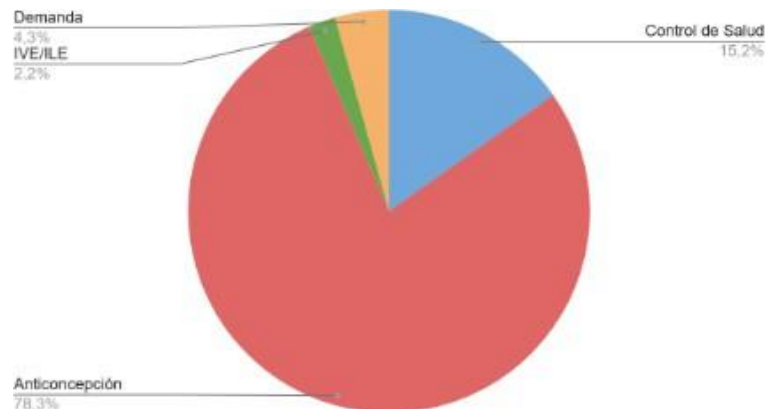
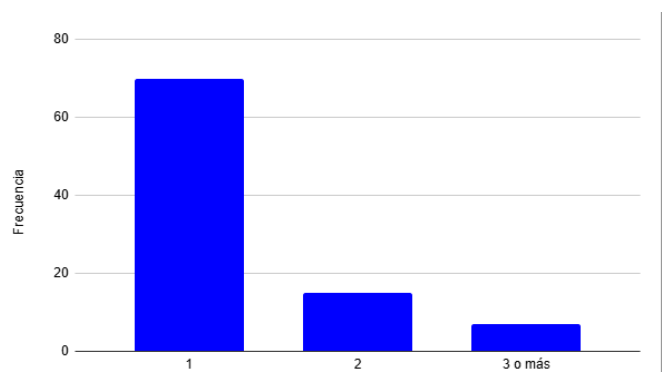


Figura 4: Cantidad de consultas de adolescentes con la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 en el período de febrero de 2024 a febrero de 2025



Fuente: Revisión de historias clínicas de adolescentes atendidos/As por la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 en el período de febrero de 2024 a febrero de 2025. Elaboración propia

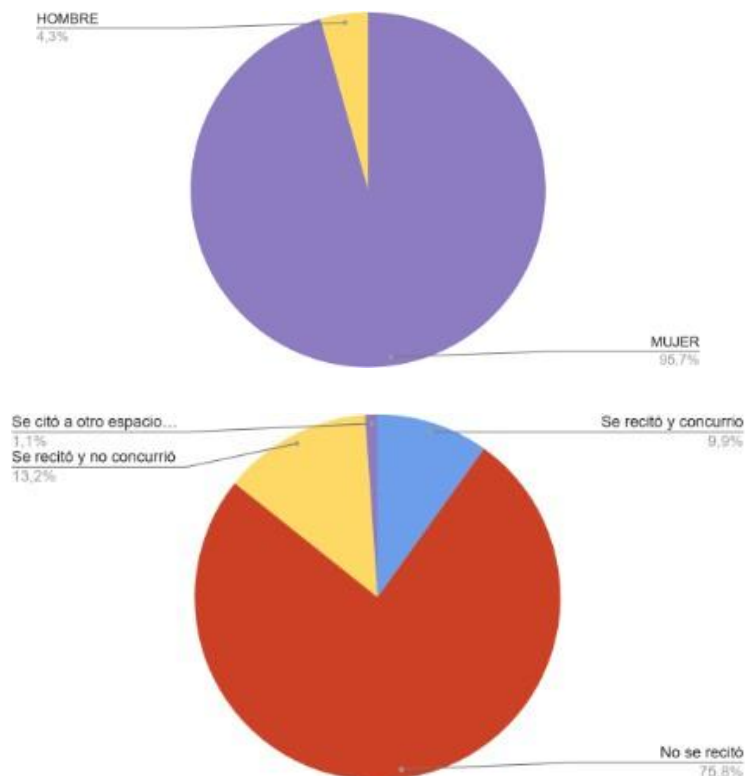


Figura 5: Frecuencia de recitación de lo/as adolescentes por la RMG y/o F del CeSAC nro. 5 en el período de febrero de 2024 a febrero de 2025.

Fuente: Revisión de historias clínicas de adolescentes atendidos/as por la Residencia de Medicina General del CeSAC nro. 5 en el período de febrero de 2024 a febrero de 2025. Elaboración propia

Figura 6: Motivos de consulta de adolescentes según residentes de la RMG y/o F del CeSAC nro. 5.

Fuente: Entrevista semiestructurada a residentes de la RMG y/o F del CeSAC nro. 5. Elaboración propia.

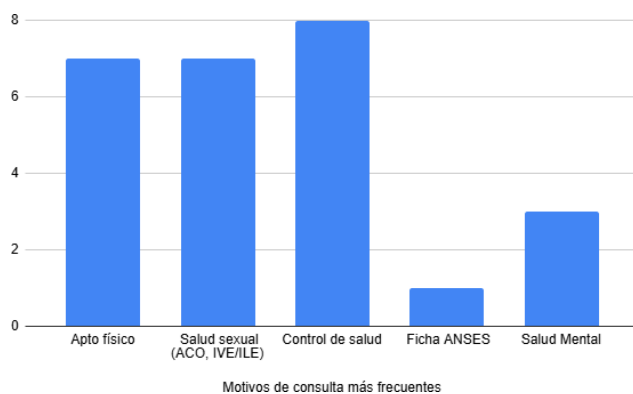


Figura 7: Período de tiempo para citar a los/as adolescentes.

Fuente: Entrevista semiestructurada a residentes de la RMG y/o F del CeSAC nro. 5. Elaboración propia.

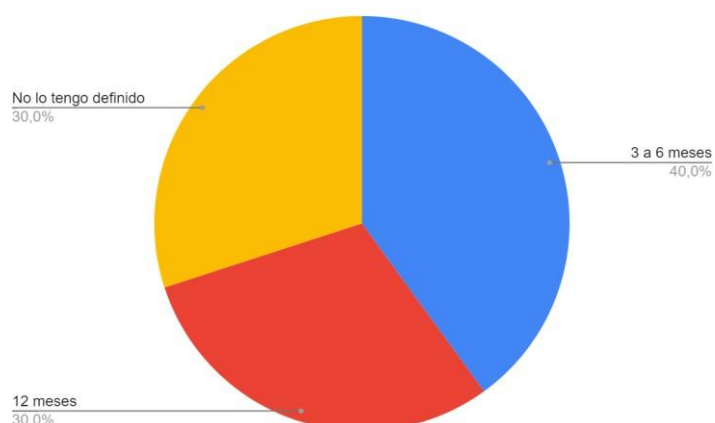


Figura 8: Instituciones con las que articula en el acompañamiento de las adolescencias en el CeSAC 5.

Fuente: Entrevista
residentes de la
General del
Elaboración propia.

