



Doctorado en Salud Pública

La salud integral de los adolescentes y las prácticas integrativas desde espacios organizativos contingentes en los centros de Salud y Acción comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Percepción de los profesionales de planta en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes.

Director: Dr. Ariel Gualtieri

Tesista: Lic. Silvia Vouillat

Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias de la Salud Pública, con mención
en Sistemas y Servicios de Salud

Año 2018

Mención Especial de reconocimiento y agradecimiento al Dr. Jorge Reboredo, director de esta Tesis y mi maestro por su paciencia y enseñanzas, quien creyó desde el inicio en este proyecto, me apoyo de manera personal e institucional, me alentó y me dio fuerzas para que concluyera esta investigación.

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL.....	3
INDICE DE ABREVIATURAS.....	7
INDICE DE CUADROS	8
INDICE DE TABLAS	14
INDICE DE GRAFICOS:.....	17
RESUMEN:	20
1: INTRODUCCION:	22
1.1: Generalidades: La salud integral de los y las adolescentes: Una lógica de pensamiento	22
1.1.1: La salud integral de los y las adolescentes en la actualidad como apertura de nuevos posibles en el campo de la salud Pública.....	25
1.1.2.: Las particularidades de la época frente a las nuevas adolescencias	33
1.2: Políticas públicas y paradigmas en relación con la salud integral en el curso de vida adolescente en América Latina en la actualidad.	37
1.2.1. Antecedentes en la Programación de salud integral de los y las adolescentes.....	41
1.3: La Estrategia de Atención Primaria de la salud (APS) Renovadora y Transformadora y su relación con la salud integral de los y las adolescentes: Su revitalización	42
1.3.1. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud:	42
1.4: Los sentidos de las prácticas profesionales en salud y su valor significativo.....	48
1.4.1. Aspectos que sustentan la cotidianeidad y el contexto según Mattos:	48
1.5: La coordinación intersectorial.....	52
1.5.1. Atributos y elementos operativos: Aportes de Vega Romero.	52
1.5.2: Principios nucleares de las practicas integrativas para la construcción de la lógica de salud integral de los y las adolescentes	55
1.6: Conceptos de salud pública en la actualidad:	57
1.6.1. Reconocimiento de la salud Pública como practica social según Milton Terris:	57
1.6.2: Perspectiva praxica del concepto de Salud Pública según OPS/OMS.....	58
1-7: Surgimiento de los Centros de salud y Acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ley Básica de Salud N°153.Ciudad Autónoma de Buenos Aires	60
1.7.1. Salud Pública y Programas en los Centros de Salud y Acción Comunitaria: Programa de salud integral de Adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Resolución 1751/08 MSGCBA)	62
1.7.2: El Centro de salud y Acción comunitaria: Un organismo sociosanitario con una geografía y un territorio.	63
1.8: Visión paradigmática totalizadora para las prácticas profesionales de salud en los Centros de Salud y Acción Comunitaria: Sus implicancias en relación con el curso de vida de los y las adolescentes.....	66

1.8.1: El modelo de curso de vida de los y las adolescentes: Escenarios y nuevas realidades	68
1.8.2. Situación de los Adolescentes en la Argentina:	70
1.9: Problemáticas complejas de los y las Adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	72
1.9.1: Motivos de consulta en los Centros de salud y Acción Comunitaria de la CABA ..	72
1.9.2: El campo de las prácticas profesionales y la salud integral de los y las adolescentes. Competencias técnicas y actitudinales.	73
1.10. Gestión del conocimiento en salud en el siglo XXI:	75
1.10.1.: Estrategias metacognitivas Pensar como pensar: aprender a aprender	75
1.10.2. Interactuar e intervenir en un proceso de educación permanente transformativo: Aspectos clave.	77
2: Problema:.....	84
3: Justificación:.....	90
4: Objetivos:	93
4.1: Objetivo General:	94
4.2. Objetivos Específicos:.....	94
5: Estado del Arte:.....	96
5.1. Estado del Arte: Aspectos generales	96
5.2. Cuadros de Síntesis bibliográfica:	97
6.Marco Teórico:	102
6.1. Capítulo 1: Salud-enfermedad-atención: Creando contextos y escenarios en los Centros de Salud y Atención Comunitaria.....	102
6.1.1: Líneas directrices y nuevos escenarios: Contexto y territorialidad	102
6.1.2. Nuevas significaciones y problemáticas de salud de los y las adolescentes en el siglo XXI: Interfase de la Atención Primaria y la Salud Publica.....	107
6.2: Capítulo 2: Elementos operativos para la construcción de la lógica de salud integral: Enfoque sistémico y enfoque de los determinantes sociales de la salud.....	110
6.2.1: El enfoque sistémico como elemento operativo de las prácticas en los Centros de Salud y Acción Comunitaria en el marco del programa de adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires(CABA).....	110
6.2.2: Enfoque de Los determinantes sociales de la salud: Un elemento operativo multidimensional de la salud	113
6.3: Capítulo 3: Marco Normativo sobre derechos y acceso de adolescentes al sistema de salud.....	117
6.3.1: Marco Normativo Nacional en relación con los derechos de los Niños Niñas y Adolescentes en la República Argentina.	117
6.3.2: Marco Normativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación con los derechos de los Niños Niñas y Adolescentes: Leyes referidas a la salud y a la salud integral en la adolescencia en CABA:	124

6.3.3.: Derechos relacionados con la atención de la salud integral en la Constitución Nacional Argentina.....	130
6.4: Capítulo 4: Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	133
6.4.1: Encuadre normativo y Organización del sistema:	133
6.4.2: Comunas y Centros de salud y acción comunitaria: características, estructura y población adolescente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:.....	137
6.5: Capítulo 5: Situación actual de los y las adolescentes en la Argentina: Programa Nacional y nuevos perfiles de salud -enfermedad.....	143
6.5.1: Programa Nacional de salud integral de los adolescentes.....	143
6.5.2: Nuevos perfiles de la salud-enfermedad de los y las Adolescentes en Argentina: Salud nutricional. Consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, bebidas energizantes, tabaco, fecundidad adolescente y causas externas.	150
6.6.: Capítulo 6: Programa de los y las adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Resolución 1751/08 MSGCBA).	156
6.6.1: Características generales del Programa de los y las adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Población adolescente por comunas y sexo; Objetivos del Programa. Población destinataria.....	156
6.7: Capítulo 7: Aspectos conceptuales y organizativos del primer nivel de atención de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	181
6.7.1: La horizontalización de las practicas: Herramientas para profesionales y equipos en los centros de salud comunitaria:	181
6.8.2: La intersectorialidad: Una práctica integrativa estratégica	196
6.9 Capítulo 9: Aspectos subjetivos e intersubjetivos desde el análisis de los microprocesos de trabajo en salud	202
6.9.1: Los grupos y equipos de trabajo: Generalidades, características y determinantes	202
6.9.2: Una mirada acerca de los microprocesos de trabajo de los equipos interdisciplinarios de salud: Dimensiones del comportamiento organizacional	204
6.10 Capítulo 10: La Educación Permanente en los espacios organizacionales en el programa de salud integral de los adolescentes y los campos de tensión	209
6.10.1: Los espacios organizacionales donde se destaca como componente la educación permanente en salud:.....	209
6.10.2. La intersectorialidad y la educación permanente: Colaboración, cooperación y construcción.....	211
7: Metodología	213
7.1: Planteo de la investigación:	213
7.2.: Etapa de recolección de los datos:.....	219
7.3. Objetivos : Objetivo general	223
7.4. Objetivos específicos:	223
7.5. Variables dimensiones y categorías:.....	225
7.6.: Aplicación de técnicas e instrumentos:	226
7.6.1.: Cuestionario:	226

7.6.2. Validación del cuestionario:.....	228
7.8. Entrevista.....	229
7.9. Diario de Investigación:.....	230
7.10: Limitaciones del estudio:.....	232
7.11: Nivel analítico:	235
7.11.1. Generalidades: Ejes considerados en los pasos y etapas de análisis:	235
7.11.2: Proceso de análisis: Cuestionario:.....	240
7.11.3: Entrevista:	287
8: Conclusiones:.....	299
9: Propuesta:.....	321
10: ANEXOS	325
Anexo 1: Mapa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Comunas y Áreas Programáticas-Hospitales efectores y Centros de salud.....	326
Anexo 2: Población adolescente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por comuna..	327
Anexo 3: Proyección 2016 de la población de 10 a 19 años por comuna en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	328
Anexo 4: Profesionales de planta que atienden adolescentes, en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res.1751/08), por profesión, según Centro de salud y acción comunitaria y Hospital efector.	329
Anexo 5: Modelo Consentimiento Informado:	330
Anexo 6: Modelo de Cuestionario:	334
ANEXO 7: Entrevista a los profesionales de planta: Características Generales.....	343
ANEXO 8: GUIA DE ENTREVISTA	344
Bibliografía	348

INDICE DE ABREVIATURAS

AP:	Área Programática
APS:	Atención Primaria de la salud
CABA:	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CESAC:	Centro de salud y Acción comunitaria
CIE 10:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMB:	Centros Médicos Barriales
CNNYA:	Consejo de niños niñas y adolescentes
DEIS:	Dirección de Estadística e información en salud
D/M:	Diagnósticos /motivos de consulta
EMSE:	Encuesta Mundial de Salud Escolar
INSGENAR:	Instituto de Genero derecho y desarrollo Argentina
FESP:	Funciones esenciales de la Salud Publica
ISAGS/UNASU	Instituto Suramericano de Gobierno en salud/ Unión de Naciones
R	Suramericanas
MSGC:	Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires
NNYA:	Niños niñas y adolescentes
OMS:	Organización Mundial de la salud.
OPS:	Organización Panamericana de la salud.
PNSIA:	Programa Nacional de salud integral de los adolescentes Argentina
SESPAS:	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SICESAC:	Sistema Estadístico de Centros de salud y acción comunitaria
SSyR:	Salud Sexual y Reproductiva

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1: PROCESO SALUD-ENFERMEDAD ATENCION EN LOS Y LAS ADOLESCENTES.....	PAG.32
CUADRO 2: LA SALUD INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN RELACIÓN CON LAS PARTICULARIDADES DE LA ÉPOCA.....	PAG.36
CUADRO 3: LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS PARADIGMAS SEGÚN DINA KRAUSKOPF.....	PAG.39
CUADRO 4 :ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) RENOVADA.....	PAG.45
CUADRO 5: APORTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD RENOVADA Y TRANSFORMADORA EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LOS Y LA ADOLESCENTES.....	PAG.47
CUADRO 6: LOS SENTIDOS DE LA INTEGRALIDAD EN SALUD: ASPECTOS INTERDISCIPLINARES.....	PAG.51
CUADRO 7: ATRIBUTOS Y ELEMENTOS OPERATIVOS DE LA ESTRATEGIA INTERSECTORIAL EN LAS INTERVENCIONES DE LOS PROFESIONALES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD	PAG.54
CUADRO 8 PRINCIPIOS NUCLEARES DE LAS PRACTICAS INTEGRATIVAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA LÓGICA DE SALUD INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.....	PAG.56
CUADRO 9 ASPECTOS CLAVES DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE TRANSFORMADORA.....	PAG.79
CUADRO 10 EDUCACIÓN PERMANENTE Y PROCESOS DE TRABAJO EN LOS CENTROS DE SALUD Y ATENCIÓN COMUNITARIA.....	PAG.80

CUADRO 11 EDUCACIÓN PERMANENTE Y VISIÓN DE LOS PROFESIONALES ACERCA DE LA SALUD INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.....	PAG.82
CUADRO 12 ESPACIOS DE CONOCIMIENTO ACTIVO Y COTIDIANO, EN LOS CENTROS DE SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA.....	PAG.83
CUADRO 13 SÍNTESIS BIBLIOGRÁFICA DE LA INTEGRALIDAD DE LA SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES: LAS PRÁCTICAS EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.....	PAG.98
CUADRO 14: SÍNTESIS BIBLIOGRÁFICA: LA SALUD PUBLICA EN LA ACTUALIDAD: BUENAS PRÁCTICAS, AVANCES HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS POSIBLES, DESDE LA VISIÓN DE INTEGRALIDAD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LOS PROFESIONALES Y EQUIPOS DE SALUD.....	PAG.99
CUADRO 15: SÍNTESIS BIBLIOGRÁFICA: SALUD INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES:.....	PAG.99
CUADRO 16: SÍNTESIS BIBLIOGRÁFICA: ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.....	PAG.100
CUADRO 17: SÍNTESIS BIBLIOGRÁFICA CLÍNICA AMPLIADA. EQUIPOS PROFESIONALES DE REFERENCIA. INTERDISCIPLINA E INTERSECTORIALIDAD.....	PAG.100
CUADRO 18: SÍNTESIS BIBLIOGRÁFICA: EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD.....	PAG.100
CUADRO 19 CONFORMACIÓN DEL CONTEXTO DE LOS SUJETOS ADOLESCENTES: RELACIONES CON LOS PROFESIONALES Y EQUIPOS DE SALUD EN TERRITORIO.....	PAG.106

CUADRO 20: ESCENARIOS COMUNITARIOS DE SALUD INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES: LA INTERSECCIÓN ENTRE LA SALUD PÚBLICA(SP) Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS).....	PAG.109
CUADRO 21: APORTES DEL PENSAMIENTO SISTÉMICO: SECUENCIA ORGANIZACIONAL PARA EL ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS.....	PAG.112
CUADRO 22 LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS Y LA VIGILANCIA DE LA SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES: RELACIONES Y COMPONENTES.....	PAG.116
CUADRO 23: LEYES NACIONALES ARGENTINAS CON RELACIÓN A LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES (NNYA).....	PAG.122
CUADRO 24 CUADRO DE SÍNTESIS DE LAS LEYES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES CON RELACIÓN A LA SALUD INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.....	PAG.129
CUADRO 25 EJES DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.....	PAG.136
CUADRO 26: CENTROS DE SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA (CESAC) DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, HOSPITALES GENERALES DE REFERENCIA Y COMUNAS DE REFERENCIA.....	PAG.142
CUADRO 27: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES (PNSIA) CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS.....	PAG.149

CUADRO 28: OBJETIVOS, ÁREAS DE TRABAJO Y ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.....	PAG.163
CUADRO 29 EJES DEL MARCO ESTRATÉGICO DEL PROGRAMA DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (RES.1751/08 MSGC).....	PAG.164
CUADRO 30: COMPONENTES FACILITADORES DE LA VISIÓN INTEGRAL DE LOS PROFESIONALES Y EQUIPOS DESDE LA HORIZONTALIDAD.....	PAG.187
CUADRO 31 LA CONSTRUCCIÓN DE LA LÓGICA DE SALUD INTEGRAL COMO SUSTENTO DE LAS ACCIONES PROGRAMÁTICAS EN LOS CENTROS DE SALUD COMUNITARIA.....	PAG.189
CUADRO 32: PUNTOS DE ENCUENTRO Y CONEXIONES ACTIVAS CON LAS PROBLEMÁTICAS COMPLEJAS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DE REFERENCIA EN LOS CENTROS DE SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA.....	PAG.195
CUADRO 33: EJES PARA LA DEFINICIÓN Y APLICACIÓN DE LA INTERSECTORIALIDAD.....	PAG.199
CUADRO 34 MODALIDADES DE LA INTERSECTORIALIDAD, ESPACIOS ORGANIZACIONALES DE CONCERTACIÓN TÉCNICA Y MECANISMOS DE SUSTENTABILIDAD.....	PAG.201
CUADRO 35: DIMENSIONES DEL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL.....	PAG.208
CUADRO 36 ESTRATEGIAS DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN ESPACIOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD	210
CUADRO 37 COMPONENTES Y FACILITADORES DE EDUCACIÓN PERMANENTE Y LA RELACIÓN CON PRÁCTICAS INTEGRATIVAS EN CONSTRUCCIÓN DE LA LÓGICA DE SALUD INTEGRAL	212

CUADRO 38: ETAPAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	214
CUADRO 39: VARIABLES -CATEGORÍAS Y DIMENSIONES	226
CUADRO 40: GUÍA DE ENTREVISTA	291
CUADRO 41: ETAPAS DEL PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS DE LA ENTREVISTA A PROFESIONALES DE PLANTA	292
CUADRO 42: RESULTADOS DE LA ENTREVISTA	298
Cuadro 43: Cuadro de síntesis La salud integral de los y las adolescentes en CABA: lógica de pensamiento y construcción de nuevos posibles, en el marco del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes (Res. 1751/08 MSGCBA).....Pag.301	
CUADRO 44: SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS ALCANZADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO 1.....	PAG.306
CUADRO 45: SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS CON RELACIÓN A LOS NIVELES DE CONOCIMIENTO DEL MARCO NORMATIVO NACIONAL ARGENTINO REFERIDO A LA TEMÁTICA DE REFERENCIA.....	PAG.308
CUADRO 46: SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS CON RELACIÓN A LOS NIVELES DE CONOCIMIENTO DEL MARCO NORMATIVO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES REFERIDO A LA TEMÁTICA DE REFERENCIA.....	PAG.310
CUADRO 47: LEYES NACIONALES DE LAS QUE REFIEREN LOS PROFESIONALES DE PLANTA TENER MAYOR CONOCIMIENTO O DESCONOCIMIENTO.....	PAG.311

CUADRO 48: LEYES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, DE LAS QUE REFIEREN LOS PROFESIONALES DE PLANTA TENER MAYOR CONOCIMIENTO O DESCONOCIMIENTO...	PAG.312
CUADRO 49: PORCENTAJE DE PROFESIONALES DE PLANTA QUE RESPONDE CONOCER EL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES (RES. 1751-MSGCBA-CABA.....	PAG.313
CUADRO 50: RESULTADOS ALCANZADOS EN EL OBJETIVO 2.....	PAG.315
CUADRO 51: RESULTADOS ALCANZADOS EN EL OBJETIVO ESPECÍFICO 3.....	PAG.317
CUADRO 52: RESULTADOS ALCANZADOS EN EL OBJETIVO ESPECÍFICO 4.....	PAG.320

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de la población total adolescente entre 10 y 19 años en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por comuna y por sexo..... Pag.160

Tabla 2: Producción total de los Cesac en el año 2014 por profesión, y grupo de edad de 10 a 14; de 15 a 19 y de 10 a 19 años.....Pag.168

Tabla 3: Diagnósticos/Motivos de consulta por consumo abusivo de alcohol y drogas (CIE 10) (1) notificados por profesionales.....Pag.172

Tabla 4: Diagnósticos y motivos de consulta (D/M) de maltrato en el año 2014 en los Centro de Salud y Acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....Pag.174

Tabla 5: Registro de consultas según tipo de maltrato en relación con las distintas profesiones en el año 2014 en los Cesac de Caba.....Pag.176

Tabla 6 Distribución porcentual de los profesionales de planta en los Cesac de CABA.....Pag.217

Tabla 7: Distribución porcentual de los profesionales médicos de planta por especialidad.....Pag.218

Tabla 8 Profesionales de Planta por Centro de salud y la referencia a Hospitales Generales de Agudos del Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes /Res 1751 MSGC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....Pag.241

Tabla 9: Grupos de edad de los Profesionales de Planta de los CESAC de la CABA.....Pag.224

3

Tabla 10: Profesionales de Planta de los Cesac de la CABA por sexo.....Pag.244

Tabla 11 Antigüedad de los profesionales de planta en el efector Cesac de la CabaPag.245

Tabla 12: Respuestas de los profesionales de planta de los Cesac de la Caba con referencia al conocimiento de las leyes Nacionales relacionadas con salud integral y derechos de los y las adolescentesPag..249

Tabla 13: Resultados obtenidos según respuestas dadas por los profesionales de planta de los Cesac de la Caba con relación al conocimiento y/ o desconocimiento de las Leyes Nacionales existentes con referencia a la salud integral y al marco de derechos de los y las adolescentes.....Pag.252

Tabla 14: Resultados obtenidos según respuestas dadas por los profesionales de planta de los Cesac de la Caba con relación al conocimiento y/ o desconocimiento de las Leyes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existentes con referencia a la salud integral y al marco de derechos de los y las adolescentesPag.255

Tabla 15: Resultados obtenidos según respuestas dadas por los profesionales de planta de los Cesac de la Caba con relación al conocimiento y/ o desconocimiento de las Leyes de

la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existentes con referencia a la salud integral y al marco de derechos de los y las adolescentesPag.258

Tabla 16: Respuesta obtenidas en relación con el conocimiento del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por parte de los profesionales de planta de los Centros de salud y Acción comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires..... Pag.260

Tabla 17: Opinión de los profesionales de planta de los Cesac de la Caba, acerca de la aplicación de la lógica de salud integral de los y las adolescentes en los procesos de trabajo..... Pag.265

Tabla 18 Opiniones de los profesionales de Planta respecto de acciones integrativas en los procesos de trabajo: Interdisciplina.....Pag.272

Tabla 19: Opiniones de los profesionales respecto de la aplicación de acciones integrativas en los procesos de trabajo: Intersectorialidad.....Pag..277

Tabla 20: Opiniones de los profesionales respecto de la existencia de espacios Organizacionales de Educación permanente en los Centros de salud y Acción comunitaria, para el equipo de salud referente del programa de salud integral de los adolescentes y Jóvenes (Res.1751/08 MSGCBA).....Pag.284

INDICE DE GRAFICOS:

GRAFICO 2: PRODUCCIÓN TOTAL DE DIAGNÓSTICOS/MOTIVOS DE CONSULTA, POR PROFESIÓN.	168
GRAFICO 3 : PORCENTAJE DE PRESTACIONES PROFESIONALES DE LOS CESAC DE LA CABA EN EL AÑO 2014.	169
GRAFICO 4 DIAGNÓSTICOS /MOTIVOS DE CONSULTA POR CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS Y ALCOHOL EN BASE A (CIE 10)	172
GRAFICO 5 : DIAGNÓSTICOS /MOTIVOS DE CONSULTA D/M REFERIDOS A MALTRATO EN EL AÑO 2014 EN LOS CESAC.....	174
GRAFICO 6 NOTIFICACIONES POR PROFESIÓN EN RELACIÓN CON LOS DIAGNÓSTICOS /MOTIVOS DE CONSULTA POR TIPO DE MALTRATO EN EL AÑO 2014 EN LOS CESAC DE CABA.	177

GRAFICO 7: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PROFESIONALES DE PLANTA EN LOS CENTROS DE SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.....	218
GRAFICO 8: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE PLANTA POR ESPECIALIDAD..	219
GRAFICO 9: TOTAL DE PROFESIONALES DE PLANTA POR CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES /RES 1751 MSGC) CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	242
GRAFICO 10 : GRUPOS DE EDAD DE LOS PROFESIONALES DE PLANTA DE LOS CESAC EN LA CABA.....	244
GRAFICO 11 PROFESIONALES DE PLANTA DE LOS CESAC DE LA CABA POR SEXO	245
GRAFICO 12 ANTIGÜEDAD DE LOS PROFESIONALES DE PLANTA EN EL EFECTOR CESAC DE LA CABA.....	246
GRAFICO 13 CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE PLANTA DE LOS CESAC DE LA CABA DE LAS LEYES NACIONALES EXISTENTES REFERIDAS A LA SALUD INTEGRAL Y DERECHOS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.	250
GRAFICO 14 CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE PLANTA DE LOS CESAC DE LAS LEYES DE LA CABA RELACIONADAS CON LA SALUD INTEGRAL Y DERECHOS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES	256
GRAFICO 15 PORCENTAJE RELACIONADOS CON OPCIONES DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE PLANTA DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES DE LA CABA. (RES. 1751 /08).....	261
GRAFICO 16: PORCENTAJE DE RESPUESTAS REFERIDAS A LAS OPCIONES 1-2-3-4- EN RELACIÓN CON LAS PREGUNTAS A); B); C); D) Y E) DE LA PARTE 3 DEL CUESTIONARIO.....	268
ILUSTRACIÓN 17 PORCENTAJE DE RESPUESTAS PARTE 4 DEL CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN CON RELACIÓN A LA APLICACIÓN DE PRÁCTICAS INTEGRATIVAS EN LOS PROCESOS DE TRABAJO.....	274

GRAFICO 18 OPINIONES DE LOS PROFESIONALES RESPECTO DE LA APLICACIÓN DE LAS ACCIONES

INTEGRATIVAS EN LOS PROCESOS DE TRABAJO: INTERSECTORIALIDAD. 280

GRAFICO 19 OPINIONES DE LOS PROFESIONALES RESPECTO DE LA EXISTENCIA DE ESPACIOS

ORGANIZACIONALES DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN LOS CENTROS DE SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA

PARA EL EQUIPO DE SALUD REFERENTE DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y

JÓVENES (RES.1751/08) MSGCBA. 286

ILUSTRACIÓN 20: PROFESIONALES DE PLANTA SEGÚN PERFIL QUE TRABAJAN EN LOS CENTROS DE SALUD Y

ACCIÓN COMUNITARIA EN LA CABA EN EL PROGRAMA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES..... 305

Resumen:

La presente investigación se realizó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el periodo comprendido entre el año 2014 y 2016; participaron todos los profesionales de planta de los Centros de salud y Acción comunitaria de la Ciudad de Buenos Aires que atienden adolescentes en el marco del programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes (Resolución 1571/08 MSGCBA).

Dicha propuesta intenta considerar la percepción de dichos profesionales acerca de la salud integral de los y las adolescentes como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en relación con aspectos organizacionales y de conocimiento de las actuales leyes, descripción de prácticas integrativas, educación permanente y organización de dichos procesos en lo cotidiano, contextual y territorial en torno a estas consideraciones.

Dicha problematización de la salud integral de los y las adolescentes en el campo de la salud pública focalizada en la integralidad surgió a partir de la observación y de los lineamientos publicados por la revista Lancet, y la Organización Panamericana de la salud en el año 2016, en relación con el abordaje de la integralidad en el primer nivel de atención en el marco de la Estrategia de Atención

Primaria y la salud como derecho humano ligado a la calidad de vida, responsabilidad constitucional e indelegable del estado se requiere relacionar aspectos de organización de procesos y acciones de los profesionales y equipos de salud en un ambiente propicio para políticas públicas, en sintonía con una mirada sistémica, de los determinantes sociales de la salud, y características de este ciclo vital de los adolescentes ⁽⁶⁾ sumado a los aspectos organizacionales contingentes, contextualizados, territoriales y cotidianos en base a la reconfiguración de servicios en el campo de la salud pública, la intervención temprana, acciones de promoción y prevención accesibles, la creación de soportes sociales acceso a la educación permante, conocimiento de marcos legales⁽⁶⁾.

En la actualidad frente a la fragmentación y la carencia de espacios de sensibilización y reflexión, de referencia y formación interdisciplinaria, intersectorial y de educación permanente se trató de acercar la mirada a la integralidad y aportar conocimientos como lógica de pensamiento ordenadora y facilitadora de nuevos posibles para optimizar las respuestas e intervenciones de los profesionales y equipos de salud en el primer nivel de atención frente a las necesidades de la población adolescente.

Palabras clave: integralidad-interdisciplina-intersectorialidad-educación permanente-espacios organizacionales-APS-

1: INTRODUCCION:

1.1: Generalidades: La salud integral de los y las adolescentes: Una lógica de pensamiento

El presente trabajo, enfoca la integralidad como lógica de pensamiento para la organización de nuevos posibles en el Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes(Decreto 1751/MSGCBA/08) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación con las prácticas profesionales integrativas, de interdisciplina, intersectorialidad y educación permanente en espacios organizacionales contingentes y el conocimiento del marco normativo actual de leyes Nacionales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de los profesionales de planta aplicada al campo de la salud pública en los Centros de Salud y Acción comunitaria (Cesac) que requiere ⁽¹⁾ salir de fronteras personales, disciplinares, lineales, estáticas y estancas, tener en cuenta el marco de cotidianeidad y territorialidad y la interrelación de las personas, sujetos, profesionales, conocimiento y compartirlo ⁽²⁾, al considerar tener en cuenta cuestiones y aspectos organizacionales para su abordaje.

La integralidad, como lógica ordenadora de la organización de las intervenciones de salud, se estima que remite a la coordinación de las prácticas sanitarias

destinadas a la población de adolescentes y se estipula sobre el objetivo de asegurar accesibilidad, en la medida en que será sustentada en la búsqueda de garantía de asistencia en los diversos niveles de complejidad y a través de la articulación de las acciones de prevención, promoción y rehabilitación frente a los problemas de salud y de los distintos dispositivos y servicios existentes en un tiempo y espacio concreto.

Corresponde para continuar con el desarrollo de la propuesta, hacer referencia a la lógica como el estudio de los métodos y principios que permita considerar un esquema explícito de procesos de trabajo y tenga en cuenta una lógica de pensamiento para distinguir el buen razonamiento del mal razonamiento.

Dicha lógica en términos académicos hace alusión a la estructura del pensamiento, y se hace referencia en dicho proceso a la reflexión y la comprensión de la realidad, que permite a los sujetos establecer relaciones de lo que acontece, más allá del sentido común, e implica el estudio, la sistematización de métodos y principios para distinguir lo correcto de lo incorrecto a la vez que capacita hablar de algo distinto, según los conceptos de Mounce ⁽³⁾.

Este autor refiere al hablar de dicho proceso, al mundo de los hechos, lo cual hace posible y habilita a pensar y acercar la mirada a la percepción de los profesionales de

planta en los Cesac, desde la opinión de los mismos acerca de su capacidad comunicativa, potencialidades, modos de estructurar la realidad de los y las adolescentes, en relación con lo que se piensa y lo que se piensa de la realidad y del mundo ⁽³⁾.

En línea con lo dicho, la salud integral de los y las adolescentes debe ser fundamentada desde la integralidad, no solo como un principio de la Estrategia de atención Primaria, sino también como lógica de pensamiento aplicada a las prácticas profesionales en el campo de la salud pública en el primer nivel de atención, para la construcción de nuevos posibles a fin de generar nuevas respuestas a las necesidades que presenta este grupo de edad.

Se relaciona con el ordenamiento de la organización de las prácticas integrativas como la interdisciplina y la intersectorialidad en espacios organizativos contingentes como facilitadoras, a la vez, que sumadas a otros aspectos, principios, atributos y elementos operativos, referidos a los niveles de conocimiento acerca de normas y leyes por parte de los profesionales, colaboración, cooperación y reflexión de los equipos y educación permanente según la visión, opinión, y percepción de cada uno acerca de la captación de la realidad, permite aportar conocimientos para modificar y crear nuevos posibles ⁽³⁾ que permita la conformación de espacios organizacionales para tales fines, teniendo en cuenta las contingencias, la cotidianeidad, el contexto y

la territorialidad y captar nuevos sentidos para configurar nuevas adecuaciones, promover nuevas vías de acción facilitar construir y constituir nuevos esquemas interpretativos, integrados a los ya existentes desde un entramado que facilite fortalecer acciones dinámicas, flexibles y articuladas, (4) (5).

1.1.1: La salud integral de los y las adolescentes en la actualidad como apertura de nuevos posibles en el campo de la salud Pública.

La revista Lancet, en el artículo publicado en el año 2016, respecto a la salud y el bienestar del adolescente refiere ciertos ejes desde los cuales poder acercar nuevas miradas para constituir nuevos posibles y vías de acción que faciliten construir y constituir nuevos esquemas interpretativos en relación la salud integral con referencia a este grupo de edad, tomados como marco de referencia para la presente propuesta:

a) el marco de acción de los profesionales y equipos de salud con relación a las acciones en el primer nivel de atención en los Cesac que deben ponerse en marcha, en un ambiente propicio para políticas públicas como los espacios organizacionales, basadas en la colaboración, integración, coordinación, intersectorialidad, e interdisciplina, que abarcan varios sectores, instituciones y organizaciones en sintonía con los determinantes sociales de la salud ; b) la adolescencia como curso vital esencial para lograr todo el potencial humano, caracterizada por el desarrollo dinámico del cerebro en el que la interacción con el entorno social da forma a las

capacidades que un sujeto integrara en su vida adulta, cuyos perfiles difieren significativamente de un país a otro y dentro de un mismo país según áreas, regiones, ciudades o jurisdicciones en base a la redefinición del concepto de salud y bienestar del adolescentes referido a la necesidad de ampliación del concepto que incluya salud sexual y reproductiva, enfermedades, infecciosas y HIV, deficiencias nutricionales, autoagresión, violencia, salud física, trastornos mentales, uso y /o abuso de sustancias, enfermedades no transmisibles, salud materna y salud infantil ⁽⁶⁾ y c) aspectos organizacionales en base a la reconfiguración de servicios en el campo de la salud pública, la intervención temprana, acciones de promoción y prevención accesibles, la creación de soportes sociales mediante asociaciones, coordinación e interacción entre sectores, acceso a diversos niveles de educación, incluir la escuela como escenario de promoción de salud y bienestar, además de la familia y la comunidad, formación de profesionales de salud, conocimiento de marcos legales nacionales de los profesionales y equipos, vinculación entre políticas de apoyo social a la salud y el bienestar de los y las adolescentes ⁽⁶⁾.

A los conceptos de Patton ⁽⁶⁾ se suman los principios nucleares, atributos, elementos operativos con referencia a la Estrategia de Atención Primaria renovada y transformadora, conocimientos programáticos y aspectos organizacionales ante lo cotidiano, contextual y territorial y su aplicación en los procesos eficaces, eficientes y oportunos de acuerdo a las necesidades que presenta este grupo de edad en un marco de derechos y de perspectiva de género, ya que la salud integral no puede ser

determinada solo por un patrón biológico, sino como una expresión y producto de un proceso de construcción que incluye y se vincula con multiprofesionalidad, disciplinas, el funcionamiento de los equipos, los espacios organizacionales y la educación permanente según modalidades de organización (3) (7) (8).

El interés del presente trabajo se sustenta en la necesidad de actualización de las interrelaciones de los profesionales y equipos de salud en el campo de la salud pública desde una epistemología constructivista, al tener en cuenta los contenidos de la obra de Piaget (9), que permita la aproximación a una lógica de pensamiento y promoción de nuevos posibles, teniendo en cuenta practicas facilitadoras, así como la dinámica y cohesión de los equipos de salud, comportamientos y espacios de educación permanente en el marco programático desde la visión y las opiniones de estos, los niveles de conocimiento con relación al plexo normativo referido a la temática a nivel Nacional y jurisdiccional, y los espacios organizacionales en relación con acciones y procesos en la atención de salud con base ambulatoria interpretados y enriquecidos por los nuevos escenarios, particularidades de la época, y construcciones de los propios profesionales de salud a partir de sus opiniones y visiones, por medio del acercamiento a nuevas realidades en el campo de la salud publica referidas a la salud integral de los y las adolescentes (7) (10) (11).

Al pensar en un acercamiento a la temática desde esta mirada, se trata de recuperar cuestiones cotidianas, situacionales locales cotidianas y territoriales con la apertura de nuevos espacios organizacionales de concertación técnica teniendo en cuenta las contingencias en el marco de diferentes disciplinas en forma dinámica, en torno a acciones más eficaces en los procesos de trabajo, incorporando y teniendo en cuenta aspectos transversales como el de derechos y perspectiva de género con un sentido de complejidad para promover la ampliación progresiva de intervenciones, siguiendo conceptos de Carballeda (4), dada la trascendencia psicosocial significativa que actualmente caracteriza la complejidad y movilidad de las problemáticas de este grupo de edad, en la medida en que exceden las respuestas típicas de las instituciones de salud, ya que estas, fueron construidas a partir de una lógica más relacionada con la homogeneidad y la hegemonía que con la heterogeneidad y diversidad por lo cual se conforman procesos de trabajo en el primer nivel de atención de base ambulatoria claramente burocratizados, fragmentados y especializados tal como lo expresa Guede (5) (12) (13) (14) (15) (16) (17)

Dichos procesos estáticos, y su cristalización frente, entre otras cosas, a la escasa visibilidad de este grupo de edad y de solidaridad sistémica institucional produce obstáculos en la articulación, y el espacio de las prácticas profesionales se acerca más a espacios compartimentados y estancos que interconectados para conformar redes integradas, lo que hace que los adolescentes y jóvenes no puedan tener continuidad en la atención, se pierdan dentro del sistema de salud, en un entramado

burocrático, su recepción al sistema no se destaque por un abordaje ampliado a partir de lo cual los procesos no sean claros y no accedan a una respuesta oportuna a sus necesidades (4) (18) (7).

Tales escenarios y la necesidad de amplitud en la mirada hacia la salud integral de los y las adolescentes a partir de nuevas acciones, promueven el análisis y la reflexión acerca de cuestiones organizacionales, locales y territoriales, cotidianas de los profesionales de planta y equipos que faciliten una reformulación de las necesidades y problemáticas que presenta en la actualidad dicho grupo de edad tales como consumo abusivo de alcohol, sustancias, tabaco, aspectos comportamentales, relaciones, vínculos con pares, violencia, maltrato o abuso, salud sexual y embarazos no deseados, la dinámica de los procesos identitarios, LGTBI, adicciones comportamentales, desde un enfoque de género y un marco de derechos de niños, niñas y adolescentes, autonomía, reconocimiento del bienestar físico, psicológico, emocional, entorno escolar, aspectos sociales y económicos, traspasando los niveles lineales biológicos tradicionales institucionales, así como en algunos casos la especificidad de cada institución (4) (19) (20).

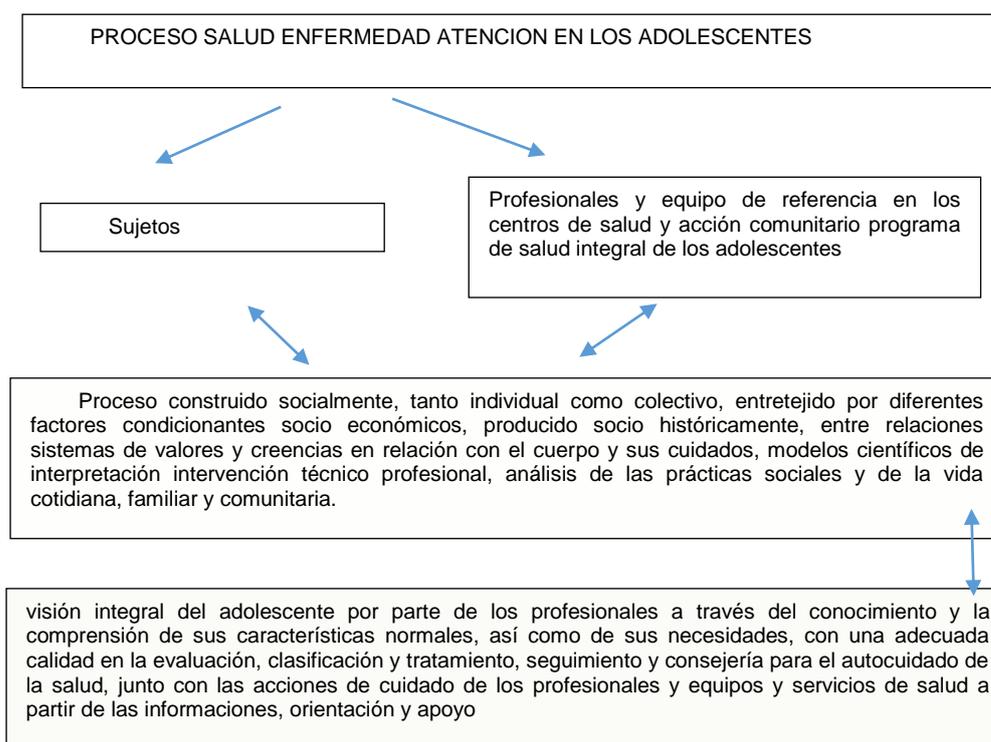
Las necesidades y problemáticas que son consideradas en el presente trabajo son las comprendidas entre los 10 a 19 años, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con un enfoque de curso de vida, en torno a cronicidad, morbilidad,

comorbilidad, variables biológicas, psicológicas, sociales, culturales y ambientales, económicas, políticas, educativas y territoriales, desde un reconocimiento como sujetos de derecho y teniendo en cuenta la perspectiva de género a partir de la práctica de interdisciplina, intersectorialidad interprofesionalidad y educación permanente desde lo cotidiano y en contexto desde el marco programático, que considere principios, elementos y componentes operativos y espacios organizacionales con un acercamiento a una mirada sistémica institucional y a la estrategia de Atención primaria en base a las cuestiones y aspectos ya enunciados por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), como elementos que conforman el procesos salud-enfermedad-atención en las organizaciones de salud (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27).

María Isabel Pasarín, (28) explica que en la actualidad hay que tener en cuenta nuevas responsabilidades, habilidades, competencias y actividades desde los profesionales y equipos ante los escenarios que se configuran según las necesidades y problemáticas de este grupo poblacional y que implican formas de combinarse y recombinarse, relacionarse e interrelacionarse e interactuar en los procesos de salud considerando un abordaje relacional, vivo en acto, (29) tal como es expresado por Merhy en el marco de una clínica ampliada y espacios de educación permanente con el enfoque de determinantes sociales de la salud que muchas veces son destratados o no visibilizados en el reconocimiento de las necesidades, de los y las adolescentes, en el marco de la salud integral (8) (13) (28) (30) (31) (32).

Las consideraciones anteriores, nos acercan a considerar los determinantes sociales de la salud y los conceptos del Profesor emérito de la Universidad de medicina de Montreal Canadá Dr. André Pierre Contandriopoulos cuando hace referencia a la salud integral de los y las adolescentes al decir que se produce, reproduce y define en aspectos biopsicosociales a partir de una manifestación biológica como expresión de un estado de no-salud o como un funcionamiento anormal que responde, en ciertas situaciones a construcciones sociales en un cierto tiempo y espacio, con componentes históricos políticos, culturales, económicos relacionadas con transformaciones de la época, sumados a cierta vulneración de derechos como factor que determina o no el bienestar de los adolescentes, que se trata de mostrar en el cuadro 1 ⁽⁸⁾ (33).

Cuadro 1: Proceso salud-enfermedad atención en los y las adolescentes



Fuente: Elaboración propia, en base al documento de la Organización Panamericana de la salud OPS ⁽²⁶⁾ ⁽³⁴⁾ y los conceptos de André P Constandriopoulos ⁽²²⁾ ⁽²⁶⁾ ⁽³⁴⁾ .

1.1.2.: Las particularidades de la época frente a las nuevas adolescencias según Débora Kantor

Según manifiesta la Licenciada en Ciencias de la educación Débora Kantor⁽³⁵⁾ no basta en la actualidad con tener conocimientos sobre el desarrollo y cursos de vida o la forma de enfermar de los y las adolescentes, ya que estos viven en las particularidades de una época de novedades y complejidades donde buscan un sentido a su vida, en la medida en que tienen una indiferencia existencial, un vacío, tal como lo menciona G. Lipovesky ⁽³⁶⁾ y una confusión acentuada que en la actualidad superan las lógicas espaciales, temporales y organizacionales tradicionales con cambios rápidos, que deben ser resignificados, los que, sumados a las características de la etapa de desarrollo, les origina problemáticas complejas propias y al mismo tiempo tensiones entre las organizaciones, los equipos y profesionales fuertemente dinamizadas por la información y la comunicación, y que muchas veces obstaculizan y dificultan transitar por nuevos caminos en las prácticas de salud ⁽³⁵⁾ ⁽³⁷⁾ ⁽³⁸⁾.

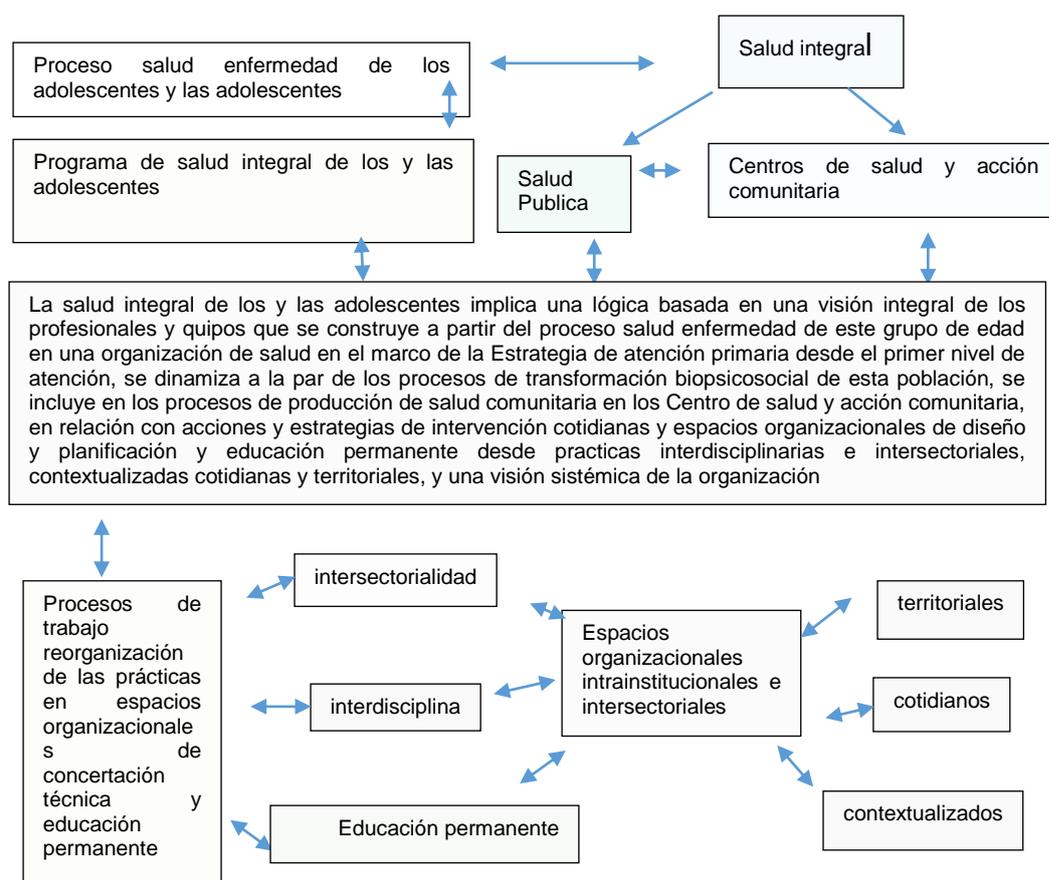
Dicha autora refiere que es importante reconocer nuevas adolescencias con las que lidiar y a las cuales repensar e invita a un acercamiento a nuevos caminos de la practica ⁽³⁵⁾ en el campo de la salud pública, teniendo en cuenta el marco de renovación y transformación de la Atención Primaria de la salud ⁽³⁰⁾ que posibilita

rescatar el trabajo de los equipos profesionales mediante las practicas integrativas, sumada a la responsabilidad y el sentido de pertenencia, como aspectos importantes y estratégicos para generar una dinámica de trabajo interprofesional, en la que se destaque lo interrelacional para la construcción de la salud desde la lógica de integralidad en espacios de intercambio de formación y de educación permanente en las organizaciones como procesos que promueven la combinación de sentidos y acciones interdisciplinarias e intersectoriales (39) (40).

Kantor⁽³⁷⁾ realiza un enfoque hacia los profesionales como capital humano, y lo acentúa como el recurso más importante y básico para el desarrollo de procesos de productividad de bienes y servicios de salud, a partir de un enfoque destacado del campo de las prácticas encaminadas a facilitar la transformación de las condiciones institucionales y organizacionales con espíritu de renovación e investigación en torno a repensar las acciones en los actuales escenarios donde se presentan las nuevas adolescencias a partir de los cuales es necesario tener en cuenta una mirada sistémica para la conformación de redes sociales y de organizaciones y servicios de salud, generar capacidad de comunicación, información y lenguaje así como Mora Venegas ⁽⁴¹⁾ fundamenta la necesidad de generar capacidad de reflexión crítica en los procesos a fin de facilitar el reconocimiento de los múltiples entrecruzamientos y factores referidos a los espacios, ambientes, actores y recursos en las organizaciones desde una modalidad de trabajo centrada en el campo relacional y en la comunicación Watzlawick, P ⁽⁴²⁾.

En línea con lo desarrollado anteriormente las modalidades de trabajo referidas a prácticas integrativas en los procesos de salud son facilitadores en la medida en que están centradas en aspectos relacionales, como la interdisciplina y la intersectorialidad, en la educación permanente y en los encuentros cara a cara en espacios organizacionales de cooperación, colaboración y reflexión, en los Cesac se destacan como prototipo de interacción de profesionales y equipos desde la perspectiva de la comunicación en lo cotidiano, a la vez que facilitan y promueven la salud integral como una lógica de pensamiento que remite al mundo de los hechos a la par de los procesos de transformación biopsicosocial de esta población desde una mirada amplia y estratégica que requiere de habilidades cotidianas contextualizadas para el reconocimiento del derecho a la salud, la identificación de los procesos identitarios, el enfoque de género y la autonomía como componentes de las particularidades de la época y que sustenta la práctica contextualizada, cotidiana y territorial, como se intenta mostrar en el cuadro 2 (43) (44) (45) (46) (47).

Cuadro 2: La salud integral de los y las adolescentes en relación con las particularidades de la época.



Fuente: Elaboración propia en base a los conceptos de Débora Kantor; Mora Venegas C. (37) Linares X (48) OPS (49) y Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (10) (32) (50) (51).

1.2: Políticas públicas y paradigmas en relación con la salud integral en el curso de vida adolescente en América Latina en la actualidad.

Las particularidades de la época demandan la construcción de políticas públicas intercomunicadas entre las mismas instituciones y organizaciones y en conjunto entre la sociedad y los diferentes sectores del Estado, desde el interior y hacia el exterior de las organizaciones de salud, desde los profesionales y equipos para visibilizar el curso de vida adolescente, sus componentes y aspectos desde la inclusión de los derechos y la perspectiva de género.

Dicha inclusión y perspectiva significa considerar y prestar atención a las diferencias entre mujeres y hombres en cualquier actividad o ámbito dados en un marco de política pública, lo cual significa y da sustento en este trabajo a mencionar a “los” y “las” adolescentes, implica la necesidad de la construcción de la lógica de la integralidad en las acciones y programas en los distintos niveles de atención de salud, en especial en el marco de la Atención Primaria de la salud (APS), como modelo o paradigma avanzado en el campo de la salud pública con nuevos componentes y nuevas perspectivas en los procesos de construcción de salud ⁽⁵²⁾.

La adolescencia y la juventud, se encuentran hoy en las organizaciones de salud, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CABA determinadas entre diversos paradigmas que actualmente coexisten y compiten en diferentes marcos programáticos, tanto desde aspectos tradicionales y reduccionistas como algunos avanzados aunque son los menos, desde los cuales, siguiendo los conceptos de Dina Krauskopf ⁽⁵³⁾ es posible apreciar un vacío de contenidos en las respuestas de los profesionales por ser postergado el derecho de los y las adolescentes ya que son considerados carentes de madurez social e inexpertos y muchas veces se les niega el reconocimiento de sujeto de derechos, se prolonga la dependencia, se limita la participación, se genera una distinción entre menores y adultos, y no se incorpora el conocimiento y la flexibilidad para los aprendizajes como como aspectos fundamentales de las capacidades de los adolescentes, con enfoque de género ⁽⁵³⁾ ⁽⁵⁴⁾ ⁽⁵²⁾.

El enunciado de tales paradigmas destacan la diferencia existente entre los modelos tradicionales, que enfocan la adolescencia como una transición hacia la adultez, de aquellos modelos reduccionistas, donde el sujeto adolescente y juvenil es portador de problemas que amenazan el orden social o como objeto de asistencia en el marco de los programas de salud, y que se encuentran orientados a la morbilidad, con una atención indiferenciada por déficit en el desarrollo, por último, se suma a los anteriores un tercer paradigma al que llama avanzado, orientado al empoderamiento de los profesionales de salud y de los jóvenes como

ciudadanos y actores estratégicos de desarrollo, tal como se intenta mostrar en el cuadro 3 (52) (54).

Cuadro 3: Las Políticas Públicas y los paradigmas según Dina Krauskopf

Paradigma	Estrategias políticas	Programas	Tipo de atención
Transición a la adultez etapa de crecimiento y preparación para la adultez	Sectoriales universales cobertura educativa baja cobertura salud tiempo recreativo	Aislados inequitativos	Indiferenciada sujetos pasivos de servicios y programas discriminación etaria
Riesgo y transgresión Etapa problema para la sociedad	Focalizadas y fragmentadas	Desde marcos tutelares	Problemas sintomáticos
Juventud ciudadana Etapa de crecimiento desarrollo social	Rectoría de juventud en política pública adolescencia se prioriza la participación e inclusión de adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho, políticos, civiles, culturales, sociales y económicos transversalidad y equidad	Integrales participativas, con alianzas y convergencia de conceptos, interdisciplina intersectorialidad enfoque de género, cultura, derechos territorialidad y empoderamiento	atención integral Protección integral promoción prevención acceso igualitaria exigibilidad de derechos- escenarios diversos- contextualizados- locales- vulnerabilidad-enfoque de riesgo-

Fuente: Elaboración propia, en base a los conceptos desarrollados por Dina Krauskopf 2003 (52) (53) (54).

Los avances en las acciones de atención de salud de los y las adolescentes en el campo de la salud Pública, en especial promoción y prevención en los diferentes espacios y programas en la actualidad, presentan importantes cambios en los servicios de salud en América Latina, en Argentina y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, teniendo en cuenta que, por un lado, se confrontan tal como lo señala

la Profesora emérita de la Universidad de Costa Rica y Directora del instituto de investigaciones Sociales Dina Krauskopf, diversos enfoques metodológicos y conceptuales, y que los adolescentes y jóvenes son actores estratégicos del desarrollo, es necesario favorecer la integración social de estos en los procesos desde las bases de las políticas públicas, incorporar el enfoque de derechos y la perspectiva de género donde el desarrollo integral sea reconocido como central y referido desde una dimensión fundamental de la salud ⁽⁵⁵⁾ ⁽⁵⁶⁾.

Parafraseando a Dina Krauskopf, los nuevos escenarios demandan conocimiento de las particularidades de los y las adolescentes como sujetos de derecho desde aspectos normativos, instrumentos legales y programas referidos al campo de la salud, sumados a las diversas categorías implicadas en este curso de vida, por lo cual, a los fines de este trabajo se considera necesario una integración articulada de conocimientos desde los profesionales y equipos, a partir de diferentes enfoques conceptuales y estrategias de acción interdisciplinarias e intersectoriales partiendo de espacios organizacionales que las posibiliten y favorezcan en los Centros de salud y Acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ⁽⁵³⁾.

Dichos aspectos y prácticas integrativas necesitan concretarse en la cotidianeidad, contextualización y territorialidad además de promover nuevos y diversos escenarios, alianzas, perspectivas y articulaciones a fin de poder intervenir

desde la complejidad, fortalecer la construcción de una lógica que permita la visión de integralidad de los profesionales y equipos ya que en la actualidad se evidencian ciertas limitaciones existentes en la atención de la salud de este grupo etario a partir de un abordaje puramente sectorial ⁽⁵⁷⁾ ⁽⁵⁸⁾ ⁽⁵⁹⁾.

1.2.1. Antecedentes en la Programación de salud integral de los y las adolescentes

Para hacer referencia a los antecedentes de la Programación de la atención integral de los adolescentes en Salud Pública es pertinente recordar, las expresiones vertidas por Elsa Moreno ⁽⁶⁰⁾, en su libro “Los lineamientos para la programación de la salud integral de los adolescentes y módulos de atención “ en el año 1996, donde destaca la amplitud con que debe ser abordada la atención de los y las adolescentes, no solo teniendo en cuenta los factores biológicos, sino también su cotidianeidad, contextualización y territorialidad, estilos de vida, ambiente físico, cultural, relaciones y vínculos, a la vez que debe ser tomada en cuenta los servicios de salud y los espacios organizacionales para el diseño de las acciones de intervención como respuestas desde una mirada sistémica que tenga en cuenta los factores determinantes desde una Clínica ampliada ⁽¹⁴⁾ y a los equipos profesionales referentes, tal como lo refiere Souza Campos y en concordancia con lo que estipula el Comité de derechos de niños niñas y Adolescentes ⁽⁶⁰⁾ ⁽⁶¹⁾ ⁽⁶²⁾ ⁽⁶³⁾.

1.3: La Estrategia de Atención Primaria de la salud (APS) Renovadora y Transformadora y su relación con la salud integral de los y las adolescentes: Su revitalización

1.3.1. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud:

A partir del siglo XXI, en algunos países de América Latina, se ha podido observar un proceso de revitalización de la Atención Primaria de la Salud (APS), en sintonía con el ideal propuesto por Alma Ata ⁽⁶⁴⁾ para recuperar la concepción de salud desde lo social y político, como derecho humano esencial, intersectorial así como interdisciplinario, considerándolos elementos de integralidad e involucrando, además, en su abordaje el conocimiento básico y la práctica de la salud pública desde una metodología dialéctica, entendida como una construcción socio histórica de sujetos concretos ⁽⁶⁵⁾.

Se busca de esta manera en Sudamérica, la construcción de sistemas de salud orientados por una APS integral como coordinadora de los cuidados en una red integrada de servicios y articuladora de acciones comunitarias e intersectoriales que enfocadas sobre los determinantes sociales incidan para promover la salud y

garantizar el derecho universal al acceso a los servicios por lo que se observa un proceso de revitalización de la APS en este sentido, como un reconocimiento para establecer políticas y programas de salud integral enfocados a la población adolescente haciendo énfasis en la renovación de la organización de los servicios de salud ⁽⁶⁶⁾ ⁽⁶⁷⁾.

La Organización Panamericana de la salud (OPS) fundamenta dicha renovación en relación con las practicas concretas en el marco institucional y en el entramado organizacional desde los equipos profesionales a partir de concepciones, formulaciones y factores en referencia a la organización y a la diversidad de procesos en torno a los componentes sociales ⁽⁶⁸⁾, siendo Rojas Ochoa quien destaca la importancia del componente social de la salud Publica en el siglo XXI cuando manifiesta:

... “el siglo XXI será el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud, ya que siempre está condicionada y modificada por la actividad social y por el ambiente cultural que crea tal actividad...” ⁽⁶⁹⁾.

La declaración regional sobre nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Montevideo en el año 2005, afirma la necesidad de desarrollar nuevos conocimientos sobre buenas prácticas, y pone énfasis, en la importancia de abarcar desde las políticas públicas problemas de salud prioritarios con la aplicación de acciones de

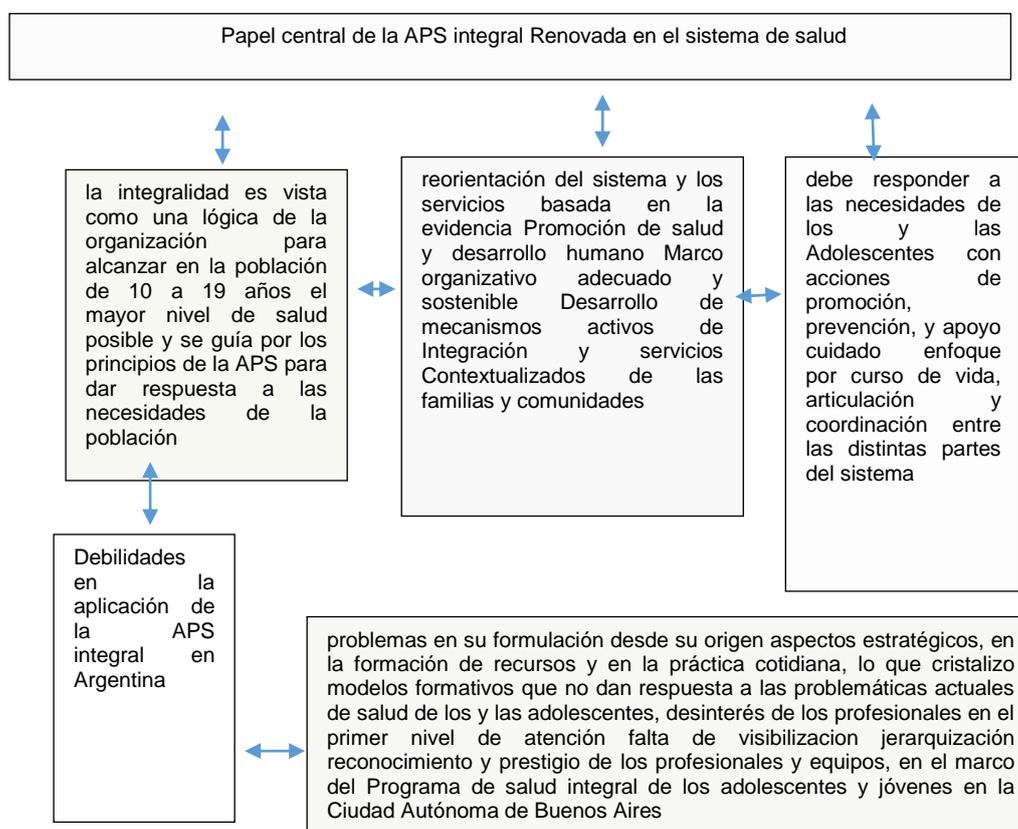
promoción, prevención de salud, fortaleciendo una capacidad de respuesta oportuna y rápida desde intervenciones que deben formar parte integral de las estrategias y programas de APS, y en un contexto histórico social en los marcos programáticos ⁽⁴⁹⁾

⁽⁶⁸⁾ ⁽⁶⁹⁾ ⁽⁷⁰⁾ ⁽⁷¹⁾.

De igual manera en el documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS queda claramente expresado, que Renovar la APS, significa un abordaje crítico y ajustado a la realidad de su significado y su finalidad para organizar y comprender sus componentes, entre los que se destaca la importancia de la existencia y conocimiento de un sólido marco legal, institucional y organizativo, practicas integrativas facilitadores de nuevas acciones con énfasis en la promoción prevención, aspectos organizacionales y abordaje de los determinantes sociales a fin de guiar la transformación de los sistemas con mayor flexibilidad para adaptarse a los nuevos desafíos de la actualidad para lograr calidad, eficiencia y efectividad ⁽⁶⁸⁾, así como también, es adecuado presentar los conceptos destacados por la Dra. Mariela Weinsbrot en base a los obstáculos de aplicación Estrategia de atención primaria (APS) como renovadora en la Argentina, en relación con la falta de claridad en la formulación de términos estratégicos, la escasa formación de recursos humanos, las dificultades en la práctica cotidiana y cristalización de modelos formativos y de atención que no dan respuesta a las necesidades y problemáticas de salud de los y las adolescentes

sumado a cierto desinterés de los profesionales en el primer nivel de atención por espacios de educación permanente, tal como se intenta mostrar en el cuadro 4 (72) (73).

Cuadro 4 :Atención Primaria de Salud (APS) Renovada.



Fuente: Elaboración propia en base a Mariela Weinsbrot (73).

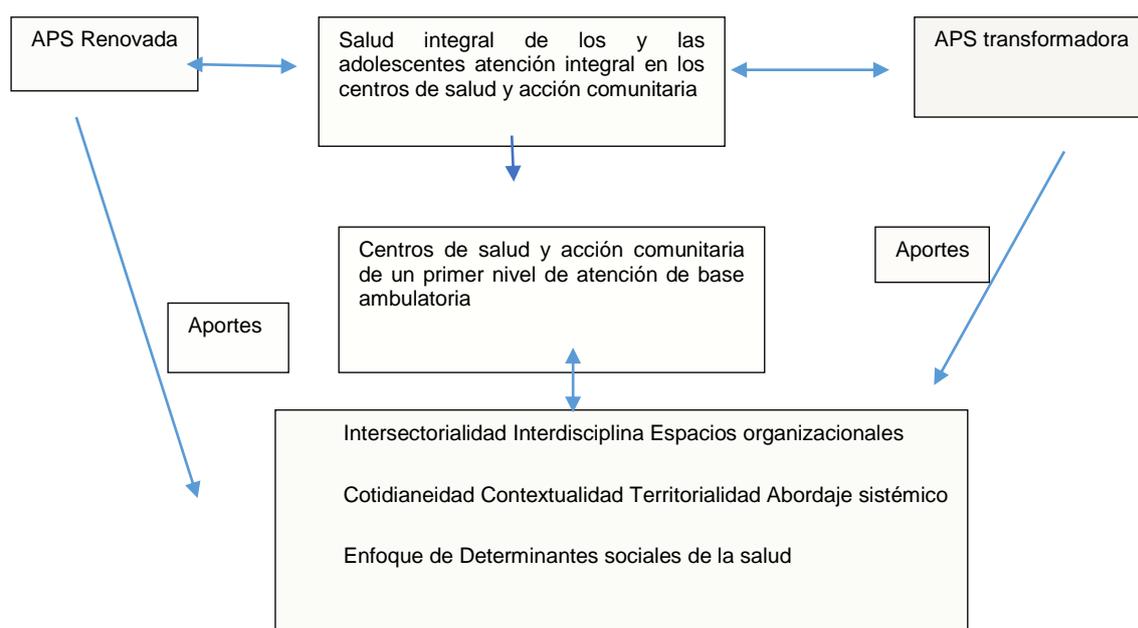
1.3.2. La Atención Primaria Transformadora: Resignificación y reconceptualización

A los antecedentes citados con referencia a la APS Renovada, se suman, tendencias y lineamientos en la actualidad en América Latina, según conceptos de L. Giovanella ⁽²⁶⁾, referidos a la función de transformación de esta estrategia en América Latina y el Caribe, frente a la necesidad de considerar su resignificación desde una propuesta que implica reconceptualizar aspectos más generales teniendo en cuenta un enfoque biopsicosocial y político, una mirada sistémica, el abordaje de los determinantes sociales y la salud como un derecho humano y social con implicancias de transversalidad desde la perspectiva de género como combinación de enfoques conceptuales y estrategias de acción a lo largo del curso vital adolescente ^{(26) (33) (74)}.

La Atención primaria de la salud (APS) Transformadora, es entendida, como la combinación de enfoques conceptuales y estrategias de acción según el Instituto Suramericano de Gobierno de la Salud, (Isags/Unasur 2015) y se sustenta en aspectos organizacionales tales como colaboración, participación y capacitación permanente, cotidiana, territorial en el primer nivel de atención de base ambulatoria y comunitaria para el diseño de las respuestas e intervenciones desde un funcionamiento dinámico, con tareas, roles y funciones, según la capacidad potencial de prácticas integrativas y las posibilidades y necesidades locales del ámbito de

actuación de los profesionales y del equipo de salud, tal como se intenta mostrar en el cuadro 5 (30) (75) (76) (77) (78) (79) (80).

Cuadro 5 Aportes de la Atención Primaria de la salud Renovada y Transformadora en el marco del Programa de salud integral de los y las



Fuente: elaboración propia en base a los conceptos de Mariela Weinsbrot (72) y Ligia Giovanella (30) (49).

1.4: Los sentidos de las prácticas profesionales en salud y su valor significativo

1.4.1. Aspectos que sustentan la cotidianeidad y el contexto según Mattos:

Mattos aporta un valor significativo para la construcción de sentidos a las prácticas profesionales para ser sustentadas desde lo cotidiano y que posibilita fundamentar la estructuración de la salud integral como una lógica de pensamiento que posibilite nuevos posibles al tener en cuenta las relaciones y contactos entre equipos y sectores, los espacios organizacionales físicos y lugares, dentro como fuera de las organizaciones e instituciones de salud, donde se comparten horas diariamente en actividades e intervenciones territoriales con el fin de ampliar las percepciones sobre las necesidades de este grupo para mejorar las respuestas del sector salud a sus necesidades, combinar enfoques conceptuales y estrategias de acción desde la convergencia de las percepciones desde las distintas disciplinas y desde acciones de intersectorialidad de los equipos de salud que facilitan el acercamiento en los procesos a lógica de pensamiento que nos ocupa ⁽⁷⁸⁾ ⁽⁸¹⁾.

Dichas características de sentido en torno a la cotidianeidad y al contexto son expresadas por este autor, como sentidos de la integralidad para sustentar la lógica en las prácticas de salud en la media en que destaca varios aspectos:1) el entendimiento por parte de los profesionales del conjunto de acciones, servicios de salud y equipos tanto territoriales como de base que componen el proceso de

elaboración de intervenciones complejas que implican las respuestas requeridas en el marco de la política pública en torno a las necesidades y problemáticas complejas presentadas por los adolescentes en la actualidad en el primer nivel de atención en los Cesac; 2) la posibilidad que los Centros de Salud Comunitaria, favorezcan, promuevan, y permitan que los profesionales puedan observar dichas necesidades desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, para un adecuado análisis de situación, planificación y priorización de acciones de promoción, y prevención en espacios interdisciplinarios e intersectoriales, contextualizados, dinámicos y en acto desde espacios organizacionales que contemplen las contingencias;3) la difusión y conocimiento de las normas, marcos legales y diseños de política pública, por parte de los profesionales, equipos y población y del Programa de los adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en espacios de capacitación permanente en los Centros de Salud Comunitaria (82).

1.4.2.: El inter-enfoque de las disciplinas en las relaciones profesionales según Milton Santos: Su significación

Como complemento de los conceptos expuestos por Mattos, es importante mencionar los aportes de Milton Santos respecto de la cotidianeidad como un lugar, un espacio compartido entre los profesionales de salud y los equipos, desde una relación dialéctica de cooperación, interrelación, articulación, teniendo en cuenta las

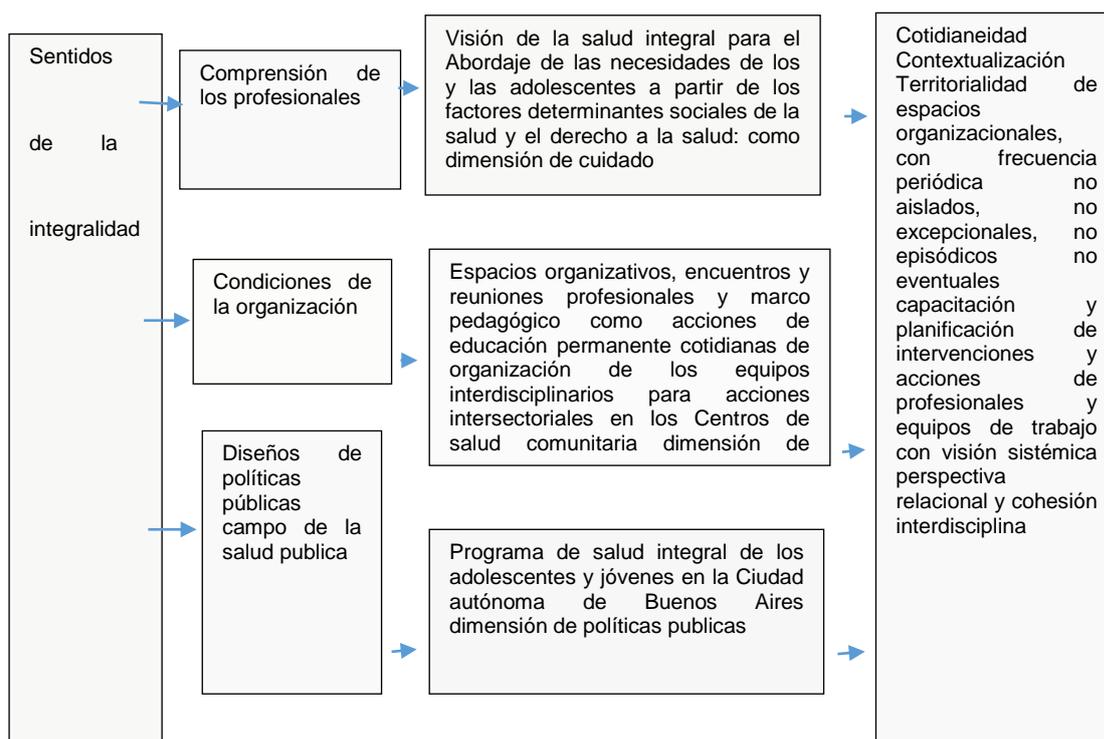
contingencias y los conflictos la componen, que se ponen en evidencia en los encuentros o reuniones entre los profesionales, miembros de un equipo de salud, a fin de identificar conocimientos técnicos, valores, necesidades, técnicas de promoción, prevención, o selección de intervenciones que dan significación a la construcción de la lógica de integralidad, desde la interacción de diversas perspectivas disciplinares.

Para continuar el desarrollo de lo dicho en el párrafo anterior es adecuado mencionar a la interdisciplina como practica en la cotidianeidad, ya que es un componente necesario de la construcción de la perspectiva de integralidad pues remite a diversas formas de organización y producción de conocimiento facilitando un reconocimiento de experiencias empíricas, una valoración de la subjetividad de los profesionales y de aspectos simbólicos en el marco de las prácticas de salud, según las exigencias de las situaciones, circunstancias y contextos, que requieren consideraciones epocales para una mejor comprensión de los eventos desde un inter-enfoque que integre los abordajes de diversas disciplinas tal como lo expresa Bianca Vienni Baptista ⁽⁸³⁾ ⁽⁸⁴⁾ ⁽⁸⁵⁾.

En el cuadro 6: Los sentidos de la integralidad: se trata de mostrar los ejes que presenta Mattos para el sentido de las practicas con referencia a las condiciones de la organización y el diseño de políticas públicas al tener cuenta los espacios

organizativos y de capacitación permanente cotidianos, contextualizados y comprendidos desde características epocales (84) (81) (86) (8).

Cuadro 6 Los sentidos de la integralidad en salud: aspectos interdisciplinarios.



Fuente: Elaboración propia en base a los conceptos de Mattos; M santos y

Baptista (81) (82) (84).

1.5: La coordinación intersectorial

1.5.1. Atributos y elementos operativos: Aportes de Vega Romero.

Vega Romero considera que la Estrategia de Atención Primaria en la actualidad conjuga elementos del enfoque integral con el selectivo biomédico, que producen tensiones entre los factores del contexto, la práctica profesional, e intereses de los actores del sistema por lo cual encara las prácticas integrativas como estrategias facilitadoras e integradoras, que dan sentido y sustentan la lógica de pensamiento referida a la integralidad de la salud, constituida por atributos integrados e interdependientes en espacios organizacionales de los profesionales que tengan en cuenta componentes sociales y políticos con atributos particulares y específicos a la vez que destaca como aspecto significativo la accesibilidad y la coordinación de los niveles y sectores con relación a las políticas públicas, referidas a los determinantes sociales de la salud, ⁽⁸²⁾ (88).

Tales atributos, considera él autor, se componen de elementos operativos como 1) una estrategia organizacional para extender la cobertura, propiciar la atención de salud y promover un modelo resolutivo, integral e integrado, que toma como bases: a) el equipo de salud territorial y los espacios de encuentro con cierta frecuencia no episódicos o aislados o eventuales en los que se consideren las contingencias existentes y b) una visión sistémica con perspectiva relacional y c) la cohesión del

equipo profesional de salud para el fortalecimiento del primer nivel de atención y la organización de redes integradas de atención de salud; 2) los mecanismos necesarios para actuar sobre los determinantes sociales de la salud, de articulación, coordinación, colaboración, y 3) las condiciones necesarias para la gestión, los programas, planes, el sistema de atención de salud, sus organizaciones e instituciones.

Los atributos y elementos operativos mencionados como significativos en las intervenciones de los profesionales de salud en el primer nivel de atención por Vega Romero se intentan mostrar en el cuadro 7 en el cual se considera la importancia del enfoque psicosocial, la accesibilidad, la coordinación, la intersectorialidad, la interdisciplina, y la programación y a los elementos operativos como los determinantes sociales, el trabajo en equipo, el enfoque sistémico y la gestión territorial ⁽⁸⁹⁾.

Cuadro 7 Atributos y elementos operativos de la estrategia intersectorial en las intervenciones de los profesionales en el primer nivel de atención de salud.

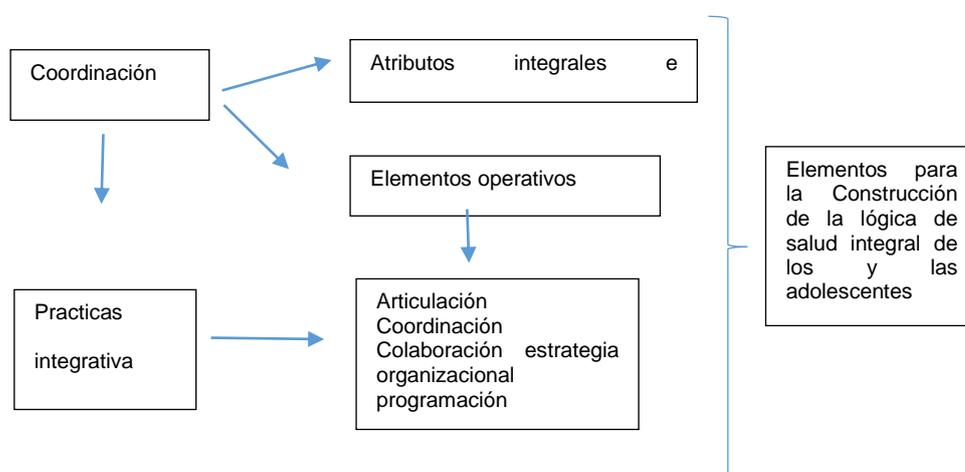
ATRIBUTOS	ELEMENTOS OPERATIVOS
ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL DE LA SALUD	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
ACCESIBILIDAD	PARTICIPACION
COORDINACION	TRABAJO EN EQUIPOS
INTERSECTORIALIDAD	GESTION TERRITORIAL
INTERDISCIPLINA	ENFOQUE SISTEMICO
PROGRAMACION	

Fuente: Elaboración propia en base a García Romero ⁽⁸⁹⁾.

1.5.2: Principios nucleares de las practicas integrativas para la construcción de la lógica de salud integral de los y las adolescentes

En sintonía con los atributos y, elementos operativos mencionados, Poicon Urribarri ⁽⁹⁰⁾ hace referencia a los principios nucleares que sustentan a las practicas integrativas de cobertura, accesibilidad, y continuidad, a través de un conocimiento acumulativo y desarrollo de vínculos profesionales a manera de respuesta continua, desde el trabajo en equipo, a partir de la confluencia de los enfoques se intenta presentar en el Cuadro 8 los conceptos de ambos autores: Vega Romero con referencia a la intersectorialidad y Poicon Urribarri a los principios nucleares de las practicas integrativas, como elementos para la construcción de la lógica de salud integral de los y las adolescentes ⁽⁹⁰⁾ ⁽⁸⁹⁾.

Cuadro 8 Principios nucleares de las practicas integrativas para la construcción de la lógica de salud integral de los y las adolescentes.



Fuente: elaboración propia en base al desarrollo de la estrategia intersectorial según Román Vega Romero y Poicon Urribarri (89) (88).

1.6: Conceptos de salud pública en la actualidad:

1.6.1. Reconocimiento de la salud Pública como practica social según Milton Terris:

En 1990 Milton Terris ⁽⁹¹⁾ realiza una adaptación contemporánea a la definición de Winslow de Salud Pública de la cual se desprende un reconocimiento como práctica social, política y ambiental que fundamenta focalizar las formas en que el sistema de salud responde a las necesidades de salud de los y las adolescentes teniendo en cuenta que el Estado debe asumir responsabilidades frente a problemáticas biopsicosociales vinculadas a la salud de este grupo poblacional y desde los ámbitos involucrados en el ejercicio de tales incumbencias en el marco de un proceso dialectico de salud-enfermedad-atención que pueda dar cuenta de la salud integral desde un enfoque sistémico para el abordaje de los determinantes sociales de la salud:

“Es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la

maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (91)

Se desprende de este enfoque que el campo de las prácticas en salud involucra a varios sectores, para el mantenimiento, conservación y mejoramiento y que debe garantizar el derecho a la salud de los y las adolescentes, desde una perspectiva que va más allá de aspectos reivindicativos como un asunto público, de interés de la sociedad y como responsabilidad del estado ya que su desarrollo debe hacerse desde perspectivas que tengan en cuenta la dimensión relacional de los profesionales y equipos de salud, desde espacios organizacionales contingentes y de concertación técnica, incluyendo factores sociales determinantes de la salud, hace posible un acercamiento a la construcción de la lógica, de salud integral y a considerar y reformular cuestiones de las prácticas y la organización, contextos, cotidianeidad y territorio a fin de conformar una lógica en los procesos y acciones de los profesionales y equipos en el primer nivel de atención (92) (93) (94) (91) (95) (96) (97).

1.6.2: Perspectiva praxica del concepto de Salud Pública según OPS/OMS

La OPS hace referencia a la salud pública como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a partir de las organizaciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de carácter colectivo, que se enfoca como una práctica social de

naturaleza interdisciplinaria, en base a la cual están basadas las funciones esenciales (FESP) como categorías operativas en el campo de la salud de intervención colectiva, e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de atención de salud así como las acciones de cuidado y fomento personal de los profesionales ⁽⁹⁸⁾.

La amplitud de los contenidos diverso, complejo y dinámico que surgen de este concepto tanto por los aspectos políticos, económicos, sociales, científicos como organizacionales en la actualidad en relación con particularidades de época como la globalización y la hipermodernidad, implican la necesidad de focalizar aspectos específicos de la etiología de las enfermedades y los daños a la salud sumado a los aspectos organizacionales, mecanismos, lógicas y procesos generales de producción de salud en relación con los riesgos que afectan su construcción y los aspectos que promueven desde las organizaciones del primer nivel de atención, es decir los centros de salud Comunitaria ^{(68) (96) (71) (99) (100)}.

Se estima, entonces, que las organizaciones públicas del primer nivel de salud altamente significativas y claves para el funcionamiento de profesionales y equipos, que realizan funciones comunitarias, territoriales, colectivas, con una dinámica particular en permanente contacto con las distintas realidades y contingencias en diferentes contextos, tal como lo define Zurro ⁽¹⁰¹⁾, son los Centros de Salud y Acción

Comunitaria (Cesac) para el desarrollo de actividades esenciales de la Salud Pública en el marco de la Estrategia de atención primaria, (APS) ⁽⁹⁸⁾ ⁽⁹⁹⁾.

1-7: Surgimiento de los Centros de salud y Acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ley Básica de Salud N°153. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Es importante, para el desarrollo del presente trabajo antes de profundizar en las características organizacionales de los Centros de Salud Comunitarias (Cesac) considerar la Ley Básica de Salud N°153, de la CABA para el surgimiento de los mismos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y donde se enfoca la integración de estos en el sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a partir que se los considera organizaciones claves y específicas para las acciones comunitarias, territoriales y colectivas, que dependen de las Áreas Programáticas (AP) de los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires e implementan programas de salud integral ⁽¹⁰²⁾ ⁽¹⁰³⁾.

En relación con el aspecto geográfico, dichos Centros se insertan en los barrios de la Ciudad de Buenos Aires, por lo cual, se afianzan en la vida cotidiana de las poblaciones, su objetivo es tratar los problemas de salud con una perspectiva de integralidad, contextualizado, situacional y territorial, así como orientar, asesorar, y fortalecer redes de atención de salud, sociales y comunitarias de manera

intersectorial con organizaciones no gubernamentales y con los hospitales de referencia ante los casos que requieran una resolución de mayor complejidad ⁽¹⁰⁴⁾ ⁽¹⁰³⁾ ⁽¹⁰⁵⁾.

Además de las cuestiones mencionadas, es importante destacar los datos registrados con referencia a problemáticas, motivos de consulta y diagnósticos respecto de la población general que consulta en los Cesac, según el Sistema de Estadística de los Centros de Salud Comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires pues permiten considerar el total de personas que han sido recibidas, y atendidas en los Cesac.

Según dicho sistema de Estadística durante el año 2014 fueron atendidas 190.000 mil personas, con un total de prestaciones focalizadas en los diagnósticos /motivos de consulta de 700.000 mil, teniendo en cuenta que en el marco de referencia de dichas acciones e intervenciones se incluyen las del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes ⁽¹⁰⁾ ⁽¹⁰⁶⁾ ⁽¹⁰⁷⁾.

Cada Centro de salud y acción comunitaria cuenta con una dotación de recursos humanos, físicos (equipamiento, insumos) y financiero, para desarrollar su tarea, la cual, dadas sus características requiere una combinación específica del tipo de recursos ⁽¹⁰⁷⁾ pues cada centro de salud genera una variada serie de servicios, referidos a distintos marcos programáticos y las demandas de las poblaciones

objetivo de cada uno de ellos difieren, ya que se relacionan con aspectos que pueden ser referenciados al perfil de los usuarios adolescentes de dichas organizaciones como barreras sanitarias, educativas, culturales, económicas, laborales y ambientales, ingresos por debajo del promedio, trabajo inestable, carencia de cobertura formal, residencia más allá del área de influencia de cada uno de los Centros, y también con cuestiones asociadas con aspectos organizacionales, programáticos y del campo de las prácticas profesionales más allá de las especificidades técnicas, como pueden ser las relacionadas con los determinantes sociales de la salud, ambientales, institucionales, territoriales, en las que pueden ser destacados los tipos de recursos, contextos y cotidianeidad resultando las características de los procesos distintos en cada uno, por lo cual las comparaciones entre Cesac no sólo no son posibles, sino tampoco recomendables (1) (10) (28) (101) (104) (106).

1.7.1. Salud Pública y Programas en los Centros de Salud y Acción Comunitaria: Programa de salud integral de Adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Resolución 1751/08 MSGCBA)

Un enfoque general del campo de las prácticas de la salud pública permite distinguir 4 componentes estructurales, tales como: la práctica específica de cada una de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) (103), la práctica realizada en

campos de actuación específicos en forma de programa, la práctica realizada por y en otras instituciones; y la práctica realizada a las personas, de forma individual en el primer nivel de atención ambulatorio.

En el presente trabajo, se hace referencia al segundo componente con respecto a cuestiones organizacionales referidas al campo de las prácticas profesionales en el marco del programa de salud integral de Adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Resolución 1751/08 MSGCBA), por lo cual se estima importante destacar las consideraciones que la Organización Panamericana de la salud respecto a los programas como un conjunto de recursos organizados para la realización de actividades determinadas, con el fin de alcanzar objetivos previamente identificados y definidos, así como los productos para realizarlos, las actividades y los procesos para su producción con una lógica definida, y una población con mecanismos de seguimiento y evaluación, adecuados a dicha lógica para implementar acciones e intervenciones, ⁽¹⁰⁸⁾.

1.7.2: El Centro de salud y Acción comunitaria: Un organismo sociosanitario con una geografía y un territorio.

La destacada importancia de incluir una mirada de determinantes sociales de la salud a los procesos, permite hacer una aproximación a los Cesac como una organización social, para lo cual, serán considerados los conceptos de F. Ulloa ⁽¹⁰⁵⁾,

quien entiende a la organización como un organismo social con una geografía, una ordenación del tiempo y de las responsabilidades, con objetivos a alcanzar y medios racionales para tal fin, regulado por códigos y normas de naturaleza explícita e implícita, en un espacio dividido en sectores, desde una distribución de sala de espera, administración, consultorios, enfermería, y office, en determinados horarios, para cumplir determinados objetivos, considerado así como una base de distribución de tareas y responsabilidades, en la medida en que se trata de un conjunto de elementos distintos pero articulados entre sí que conforman un cuerpo orgánico que permite esclarecer cierta finalidad como es, en este caso el logro de determinado objetivo cuidar y promover la salud de los y las adolescentes según Arito Sandra, en su informe de Análisis Institucional y Organizacional en la Universidad de Entre Ríos, en la Facultad de Trabajo Social ⁽¹⁰⁶⁾.

La aplicación de los lineamientos de Ulloa sumados a los de Arito permiten enfocar el funcionamiento de los Centros de salud y Acción Comunitaria en relación con la regulación organizacional explícita e implícita, que conforma un entramado desde los observables, y no observables, la distribución espacial, del tiempo y de la responsabilidad de quienes los conforman según conductas, actitudes, aptitudes, roles y funciones articulados entre sí, por lo cual van generando una historia específica y particular, de los espacios, los profesionales y los equipos.

El devenir del funcionamiento del centro de salud y acción comunitaria, en lo cotidiano, en su totalidad, se construye desde el grupo poblacional, la comunidad y los profesionales y equipos a partir de una dinámica articulada que constituye un proceso de salud-enfermedad-atención contextualizado en territorio, que refiere a una lógica de pensamiento que condiciona las acciones, estrategias, prácticas e intervenciones integradas a la población, comunidad, colectivo o grupo poblacional y del cual adopta características y toma información que le permite detectar, describir y analizar necesidades y problemas, procesarlos y generar respuestas en relación a la cultura, valores, educación, hábitos de vida, y que generan estrategias en el proceso de atención de salud en lo cotidiano, a través de su división de responsabilidades, capacidades, competencias y formación ⁽¹⁰⁵⁾ ⁽¹⁰⁷⁾ ⁽¹⁰⁹⁾

Dicha dinámica y devenir se considera para este trabajo que debe ser rescatado por los profesionales en el interior de los equipos para la construcción de la salud integral de los adolescentes como lógica de pensamiento que permita promover nuevas acciones en los espacios organizacionales, teniendo en cuenta la interdisciplina y la intersectorialidad y una representación biopsicosocial a fin de facilitar una nueva visión de los procesos de intervención en salud que tenga en cuenta las particularidades de la época.

1.8: Visión paradigmática totalizadora para las prácticas profesionales de salud en los Centros de Salud y Acción Comunitaria: Sus implicancias en relación con el curso de vida de los y las adolescentes

Una visión paradigmática de pensar el mundo e intervenir de manera dinámica y totalizadora a fin de fundamentar la lógica de salud integral por parte de los profesionales y equipos nos remite a entender el proceso de salud -enfermedad - atención, teniendo en cuenta valores, representaciones, y actitudes, de las personas, referidas a cuestiones de la época tal como lo expresa Titonelli Alvin ⁽¹¹⁰⁾, requiere una amplitud en el enfoque a partir de la superación de la acción objetivada o solamente circunscripta a sistemas aislados del cuerpo físico, lo que presupone una ruptura con la fragmentación de saberes, y acciones lineales, así como también implica modelos de intervención alusivos a la complejidad de los espacios y de los sujetos en la medida en que abarca un conjunto de actividades y sentidos articulados, tanto individuales como poblacionales tal como ha sido desarrollado por diferentes autores y que hacen referencia al eje de la presente propuesta, en el marco del programa de salud integral de los adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires (CABA), ^{(23) (30) (45) (72) 105) (109) (111) (112)}.

Las implicancias de esta visión paradigmática incluyen, la representación biopsicosocial que tenga el o la adolescente respecto de su necesidad, o su problema

que determinara acciones y procedimientos que realizara, como también aspectos de la percepción del problema de salud que tengan los profesionales y /o equipos, y aspectos significativos de la medicina social ⁽¹¹³⁾, y conceptos acerca del campo de la Salud Pública de M. Terris ^{(91) (93) (96)) (114)} y de la Organización Panamericana de la salud con referencia a las prácticas y a las funciones esenciales de la salud pública, aspectos de la filosofía del comportamiento organizacional, cuestiones organizacionales referidas a espacios, contingencias, contextos y territorios; aportes desde las ciencias de la conducta en relación al trabajo en equipo, variables vinculares; cuestiones y marcos de referencia acerca de la aplicación de conocimientos y educación permanente; aspectos significativos y dimensiones personales, tanto individuales como grupales aspectos subjetivos referidos a los microprocesos de trabajo ⁽¹¹⁵⁾ desde un enfoque sistémico, institucional y de procesos psicosociales, cognitivos, sociales, simbólicos y políticos, según lo expresado por varios autores, además de Robbins, ^{(48) (82) (84) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120)}.

Dicha visión conlleva un nivel de análisis de complejidad del proceso dialectico de salud-enfermedad-atención en el marco del modelo de clínica ampliada de Souza Campos ^{(121) (122)}, en torno al campo de las prácticas en el campo de la salud pública en el que es fundamental la interacción con referencia a los alcances de los enfoques relacionales y en los procesos dinámicos que se construyen, emanan y surgen en contextos situacionales y que deben ser tenidos en cuenta como flexibles, no fijos ni inmutables, en los cuales hay que buscar el sentido en las configuraciones

relacionales a partir de la conducta humana, la subjetividad, y los vínculos Harrison White ⁽¹²³⁾ ⁽¹²⁴⁾ con ensamble en la comunicación analógica y digital, según lo expresa Watzlawick, en torno a la reflexión y el dialogo desde aspectos referidos por Schon, la interfase del campo de la salud Publica con la Atención Primaria renovada y transformadora y educación permanente ⁽¹¹⁸⁾ ⁽¹²⁰⁾ ⁽¹²⁵⁾ ⁽¹²⁶⁾.

1.8.1: El modelo de curso de vida de los y las adolescentes: Escenarios y nuevas realidades

El enfoque del curso de vida de los y las adolescentes constituye una base significativa y fundamental para encarar la relación entre las vidas de los y las adolescentes y la salud integral, dado que dicho marco de referencia considera como elemental ejes tales como contexto social, territorial, histórico y vincular y cultural teniendo en cuenta aspectos macro y microsociales ya sea partiendo de los cambios institucionales y también organizacionales en relación con los roles según la edad o enfocando las respuestas ante los contextos sociales más amplios en relación a los procesos de atención en el proceso salud enfermedad, y en relación con las capacidades y recursos que cada sujeto adolescente tenga ⁽¹²⁷⁾ ⁽¹²⁸⁾ ⁽¹²⁹⁾ ⁽¹³⁰⁾.

Parafraseando a Ricoeur, el paradigma de curso de vida puede ser definido como el estudio interdisciplinario del transcurrir de la vida humana, como análisis e integración en un marco teórico común de las interacciones e interdependencias entre los procesos de desarrollos biológicos y psicológicos; el contexto socio-histórico y las dinámicas que lo afectan, así como sus mediaciones institucionales y dentro de ellas, particularmente, los modelos de trayecto de vida como formas de regulación social; sumado a los trayectos o cursos de vida individuales en el marco de las posibilidades delimitadas en función de los recursos propios de cada individuo, del trabajo de reflexividad que éste maneja y de su propia identidad narrativa ⁽¹³¹⁾.

De los orígenes de dicho enfoque surgen una variedad de nutridos aportes de diferentes disciplinas, como la historia, la psicología, la demografía, la sociología, en los que se reconoció el nexo entre edad y tiempo, familia, y trabajo, como procesos interrelacionados y en constante cambio, a partir de experiencias, trayectorias vitales, roles y opciones de vida, en la medida en que los resultados de salud de los y las adolescentes, familias y comunidades dependen de muchas variables y utiliza los principios incluidos en la agenda de salud global, tales como el enfoque de universalidad, equidad y salud comunitaria, acciones e iniciativas interprogramáticas, e intervenciones, mecanismos y respuestas integrales ⁽¹³²⁾ ⁽¹³³⁾.

1.8.2. Situación de los Adolescentes en la Argentina:

A nivel mundial en el año 1980 la población de los y las adolescentes alcanzo su punto más alto, representando aproximadamente el 20% de total ⁽¹³⁴⁾,y en el año 2010 los y las adolescentes de 10 a 19 años, sumaban 110 millones, representando una quinta parte de la población de América Latina y el Caribe, destacándose desigualdades profundas, según contextos, territorios, diferencias por sexo, niveles de educación, maternidad temprana y o matrimonio temprano, relacionados con diferencias entre familias, territorios y tiempos, lo cual refleja la importancia de la naturaleza temporal de las vidas, la dinámica y el movimiento de los tiempos históricos, y biográficos, tal como han sido mencionados con referencia al enfoque de curso de vida ⁽¹³⁵⁾.

El informe de evidencia formulado por UNICEF fundamenta tener en cuenta ⁽¹¹⁵⁾, ⁽¹³⁵⁾ en el campo de la salud integral de los y las adolescentes las cuestiones, factores, y componentes, de equilibrio intergeneracional ⁽¹³⁶⁾, la importancia del fortalecimiento de los factores de desarrollo que les permite pasar a la vida adulta con más habilidades de forma productiva, estimulando el crecimiento económico, y teniendo en cuenta que muchos hábitos dañinos son adquiridos tempranos en la vida, y se conviertan en problemas serios de salud en la edad adulta ⁽⁷⁰⁾ argumentos que sostiene Pasqualini, al considerar esta como la segunda etapa decisiva del desarrollo

en la que el potencial físico, mental y social adquirido en la niñez puede fructificar en aptitudes, comportamientos, y oportunidades, que incrementan tanto la salud como el bienestar para lograr una vida adulta más productiva en la cual consolidar logros ⁽¹³²⁾

⁽¹³³⁾ ⁽¹³⁷⁾ ⁽¹³⁸⁾.

Actualmente en la Argentina, hay más de 5 millones de adolescentes entre 10 y 19 años y 1 de cada 2 adolescentes entre 13 y 17 es pobre, 1 de cada 6 trabaja, medio millón esta fuera de la escuela, solo la mitad de los que ingresa, termina el ciclo escolar, el abandono escolar es altamente significativo y se encuentra relacionados con la inserción temprana en el mercado del trabajo en los varones y el embarazo temprano en las mujeres, la violencia y el suicidio está vinculado muchas veces, con casos de abuso sexual, manifestaciones tempranas de violencia en los hogares, entre los 12 y 14 años, 1 de cada 3 chicos y chicas sufren castigos físicos por parte de los padres; entre los 15 y 17 años la proporción es de 1 en 4; en relación a los casos de suicidio adolescente en 2015 se registraron 438 muertes de las cuales 3 de 4 corresponden con un varón ⁽¹³⁹⁾.

1.9: Problemáticas complejas de los y las Adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

1.9.1: Motivos de consulta en los Centros de salud y Acción Comunitaria de la CABA

En la actualidad, se registran en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, diagnósticos y motivos de consulta en los Cesac, que corresponden al grupo de población entre 10 y 19 años según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) ⁽¹⁾ referidos a los problemas complejos de salud que se encuentran interrelacionados y requieren acciones e intervenciones contextualizadas, territoriales, rápidas, complejas, inmediatas, integradas e integrales pudiendo ser citados algunos de ellos tales como: embarazos no deseados, violencia, violencia de género, explotación sexual, infecciones de transmisión sexual,(ITS), nutrición deficiente, falta de servicios bucodentales, falta de actividad física, obesidad, trastornos de hábitos alimentarios, problemas de salud mental, accidentes de tránsito, abuso de sustancias, alcohol, tabaco, y sustancias ilícitas ⁽³⁴⁾ que implican transformar y ampliar entornos de atención de salud integral con un abordaje por curso de vida, que dé cuenta de la complejidad e integralidad biopsicosocial ^{(10) (19) (22) (111) (140) (141)}.

1.9.2: El campo de las prácticas profesionales y la salud integral de los y las adolescentes. Competencias técnicas y actitudinales.

Las competencias técnicas y actitudinales de los profesionales y equipos de atención en los Centros de Salud Comunitaria es fundamental para la aplicación de todas las normas mundiales, ya que, según los datos que aporta el informe de la Organización Mundial de la salud respecto a los adolescentes en el año 2012 ya que del total de 1,3 millones de muertes de adolescentes, la mayoría se relaciona con causas evitables, manifestando que los proveedores de atención sanitaria a los adolescentes necesitan destrezas especiales en materia de consulta, comunicación interpersonal atención interdisciplinaria e intersectorial adecuadas a la etapa de desarrollo y el entorno de los y las adolescentes por lo cual es necesaria la capacitación en salud de los profesionales y equipos basados en las competencias para poner en práctica las referidas normas mundiales ⁽¹⁴²⁾ ⁽¹¹²⁾.

Dichas normas hacen referencia a las buenas prácticas y competencias específicas de los profesionales y equipos en relación a el grupo etario de referencia con relación a la confidencialidad, evaluación integrada, enfoques diversos de asesoramiento sumados a aspectos organizacionales y también asistenciales ⁽¹¹²⁾ en tanto que se necesitan destrezas especiales en materia de consulta, colaboración, cooperación, reflexión, comunicación interpersonal, atención interdisciplinaria e

intersectorial, adecuadas a curso de vida y a los entornos de los sujetos para promover, proteger y hacer efectivo el derecho de los adolescentes a la salud, conforme al conocimiento de normas, principios de no discriminación, equidad, y calidad, a fin de garantizar la prestación de servicio en el primer nivel de atención ajustada a las normativas vigentes (17) (23) (53) (112) (116).

Héctor Fainstein (143), ha hecho un importante desarrollo con referencia a las buenas prácticas de los profesionales, y destaca la importancia de la conformación de equipos, la interacción cara a cara, y de la educación permanente soportadas en espacios organizacionales de reflexión, contextualizados y frecuentes, tal como lo refiere Watzlawick, P (42) y como lo expresa Donald Schon (144) para abordar los problemas que presenta este grupo de edad.

Los autores mencionados, desarrollan aspectos significativos y dinámicos en relación a los equipos como conjunto de personas para alcanzar resultados, que implica el intercambiar información, criterios y actitudes, conjuntamente con la construcción de conocimientos, con apoyo en la toma de decisión, con compromiso, involucramiento reflexión y cohesión, que permite una permanente innovación de los aspectos organizacionales en el siglo XXI (145), desde una visión compartida, un positivo nivel de confianza y disposición interpersonal, desarrollo de la comunicación, aprendizaje sostenido, desarrollo de la flexibilidad, adaptabilidad, disposición de

cambio, práctica sistemática, y liderazgo compartido para el funcionamiento de los equipos de salud ⁽¹⁴⁶⁾.

1.10. Gestión del conocimiento en salud en el siglo XXI:

1.10.1.: Estrategias metacognitivas Pensar como pensar: aprender a aprender

La práctica de nuevas políticas sanitarias en la actualidad implica implementar nuevos espacios organizacionales que incluyan aspectos pedagógicos, como la educación permanente en salud y que formen parte de modelos organizativos que puedan adaptarse permanentemente a las necesidades en este caso de los y las adolescentes, focalizando la gestión y estructuración del conocimiento de los profesionales y equipos, ya sea desde experiencias previas y conocimientos como desde el desarrollo de estrategias metacognitivas de cada persona o cada profesional como procesos personales, referidas a la comprensión, significación y lógica más allá de la información para llegar al saber ⁽¹⁴⁷⁾.

En dichas prácticas se considera que se deben incluir procesos personales, que implican que cada profesional puede regular su proceso de aprendizaje, el tipo de relaciones que establece, que procesos mentales implica, para reconocer las propias dificultades, además de sociales, ambientales, políticas, organizacionales y

económicas, como enlaces que conforman un entretejido en los procesos de salud desde los cuales se necesita afianzar y desarrollar desde la contextualización de la realidad, la búsqueda de conexión entre profesionales, situaciones, problemas, y casos, la construcción de la pertinencia y la actuación flexible en las diferentes realidades que permite el pensar como pensar para la construcción de una lógica compleja como la de la salud integral de los y las adolescentes ⁽¹⁴²⁾

El proceso de pensar como pensar en cada profesional, se sustenta en base a la reflexión ya que permite abrir espacios para el aprendizaje de procedimientos más complejos y poner en juego los elementos individuales frente a una situación o contexto para hallar opuestos, inconsistencias e inestabilidades y encontrar una lógica desde donde comprenderlas, a partir del reconocimiento de las propias limitaciones y autocrítica, y refiere a procesos en torno a aprender a aprender, en las organizaciones de salud, en búsqueda de equilibrio, creatividad, autonomía, reconocimiento de las propias limitaciones y autocrítica para apostar al desarrollo, la educación y la formación, como manera significativa de contribuir al logro de objetivos, que se caracterice por los procesos de aprender a aprender, es decir que sea un profesional competente según Restrepo, Derrida y Sampedro ^{(148) (149) (150)}

En la actualidad en los Centros de salud y acción comunitaria en la Caba, los procesos de aprender a aprender para adquirir y aplicar enfoques de educación

permanente en marco de la sociedad de conocimiento en el campo de la educación de salud pública es importante promover el pensamiento complejo y sustentar la salud integral a partir de una lógica que se fundamente en la comprensión y estructuración de la realidad contextualizada, cotidiana y territorial, teniendo como base la forma y la dinámica de los componentes, interrelaciones, y entramado de dichos procesos mediante el análisis interdisciplinario, multidimensional, transversal, cambiante, dinámico y evolutivo para el desarrollo de competencias y habilidades considerando el perfil activo de los profesionales y equipos en el marco del Programa de salud integral de los adolescentes, en relación a la práctica tal como hace referencia Villanueva (151), (152).

1.10.2. Interactuar e intervenir en un proceso de educación permanente transformativo: Aspectos clave.

Interactuar e intervenir, en el proceso de educación permanente en el campo de la salud Pública, acerca la mirada a espacios de transformación que promuevan un aprendizaje que genere interdependencia, en la conformación del campo de competencias en la práctica referidos a aspectos organizacionales, practicas integrativas, valores y ética profesional; análisis y evaluación; adaptabilidad; gestión de la relación en el medio externo; dominio técnico; comunicación; capacidades

gerenciales; formulación, análisis y evaluación de políticas; gestión de desarrollo de capacidades, que implican la reformulación y resignificación en los procesos de trabajo y los permite fortalecer relaciones frente a las problemáticas de salud de los sujetos adolescentes reconociendo las características del modelo organizacional desde los nuevos contextos actuales, tal como lo considera Julio Frenk en su artículo (153) (154).

La reformulación, y resignificación son aspectos clave en la gestión del conocimiento a partir de la educación permanente en los Centros de salud y Acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, frente a la educación continuada, ofrecen posibilidades de buscar alternativas estratégicas, procesos de trabajo, enfoques, actualización técnico científica y encuentros frecuentes desde espacios organizacionales que fortalezcan lo multiprofesional, lo interdisciplinario, y la concertación técnica, para el abordaje de problemáticas complejas, en un marco de clínica ampliada, continua, cotidiana, contextualizada y territorial, que configuran diferencias con la Educación permanente transformadora, tal como se intenta mostrar en el cuadro 9 (153) (155)

Cuadro 9 Aspectos claves de la Educación permanente transformadora

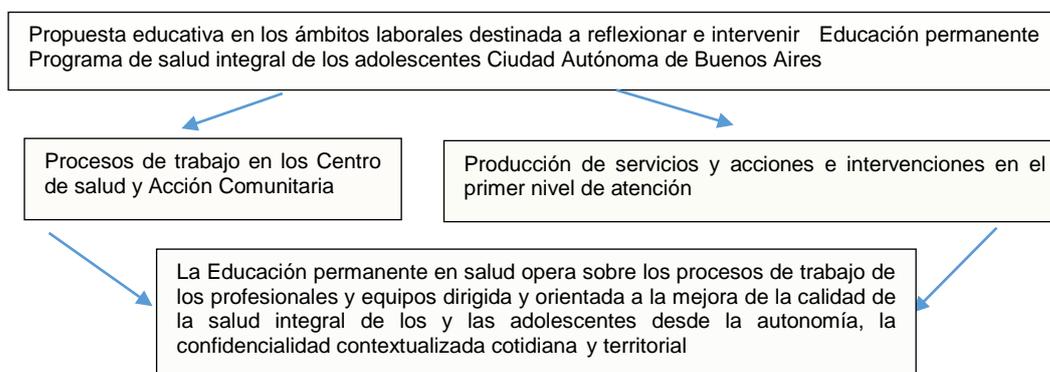
características	Educación Continuada	Educación permanente
Nivel profesional	Uniprofesional	multiprofesional interdisciplinario equipos
Relación con procesos de trabajo	Practica autónoma	nstitucionalizada- Espacios organizacionales
Enfoque	Temas de especialidades	Problemas complejos de salud adolescentes
Objetivo principal	Actualización técnico científica	Transformación de prácticas teóricas y sociales: clínica ampliada
Objetivo principal	Esporádica	Continua-cotidiana- centrada en la resolución de problemas contextualizados y territoriales
Periodicidad	Pedagogía de transmisión	
Metodología	Apropiación	
Resultados		

Fuente: Elaboración propia en base a Mancía 2004 (156,157,155).

La educación permanente en salud, será transformadora en la medida en que implique la construcción del conocimiento activo a partir de la interactividad contextualizada y potenciada con el interaccionar colaborativo y cooperativo y reflexivo, de manera continuada, cotidiana, no episódica, y anticipatoria, centrada en la resolución de problemas y en el análisis de casos complejos, contextualizados, y territoriales en el campo de la Salud Pública, apoyada en la salud integral como lógica de pensamiento que permita nuevos posibles desde la facilitación de renovar

experiencias y procesos dinámicos y apropiados a los cambios biopsicosociales y a las nuevas oportunidades no sustituyendo las anteriores sino complementado con nuevas herramientas disponibles hoy frente a los actuales problemáticas que incorporan nuevas perspectivas en el siglo XXI como el uso de las practicas integrativas tal como lo consideran Ceccim, y Merhy ⁽¹⁵⁸⁾, para la anticipación frente a las problemáticas complejas así como tal como se trata de mostrar en el cuadro 10 ⁽¹⁵⁹⁾ ⁽¹⁶⁰⁾ ⁽¹⁶¹⁾ ⁽¹⁶²⁾ ⁽¹⁶³⁾.

Cuadro 10 Educación permanente y procesos de trabajo en los Centros de Salud y Atención Comunitaria

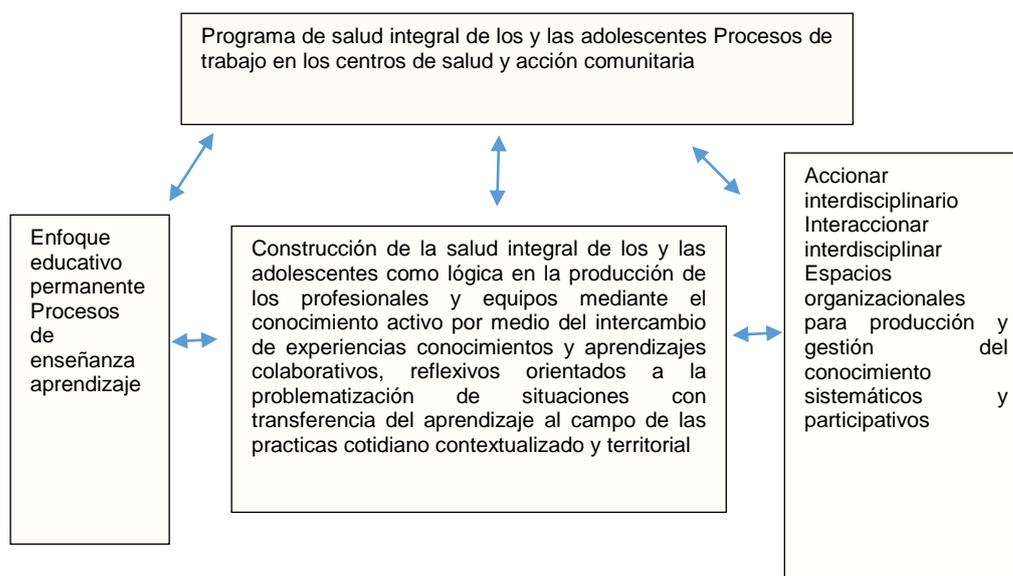


Fuente: Elaboración propia en base a Haddad 1994 ⁽¹⁶¹⁾.

El enfoque de educación permanente implica un cambio e innovación en la concepción de las prácticas de capacitación de los profesionales y equipos de salud, en la medida en que se incorpora el proceso pedagógico, el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones, y a los procesos de intervención y producción de salud en el contexto real en el que ocurren, destaca la práctica de la reflexividad profesional como inseparable de la actividad científica profesional, (144).

Dicho enfoque permite considerar que la educación permanente en salud debe ser incorporada como una de las competencias del desarrollo profesional y constituir un mecanismo de rigurosidad, honestidad y transformación en y para el conocimiento científico relacionada con los determinantes sociales de la salud en relación a la comprensión de los principios teóricos de carácter psicosocial con un abordaje sistémico, desde aspectos relacionales y de humanización que permitan la construcción ampliada de necesidades de los y las adolescentes, y nuevas intervenciones con niveles de calidad, en el marco del desarrollo de la lógica de salud integral desde un contexto y con los elementos existentes enfocados a una nueva cultura de procesos de trabajo, que permitan interactuar y comunicar en los Centros de Salud Comunitaria tal como se intenta mostrar en el cuadro 11 (120) (157) (166) (167) (168).

Cuadro 11 Educación permanente y visión de los profesionales acerca de la salud integral de los y las adolescentes

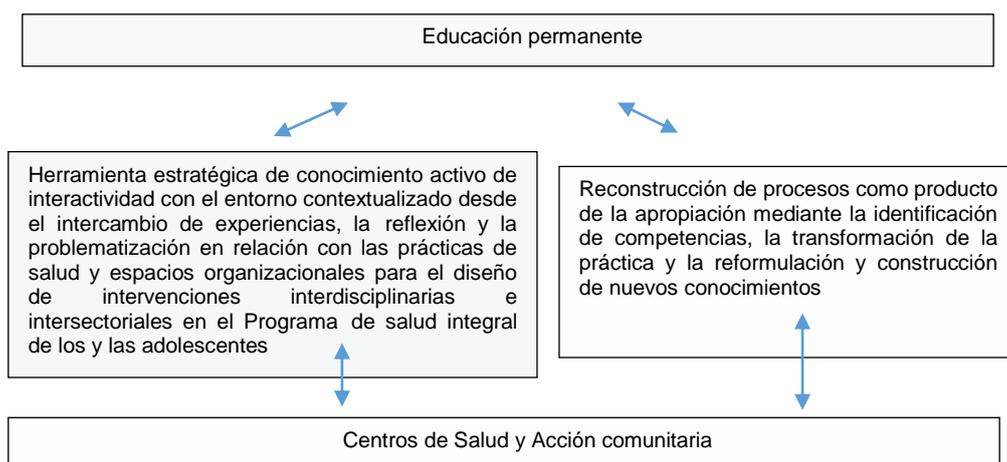


Fuente: Elaboración propia en base a Davini (164) (165).

Dichos lineamientos de educación permanente en salud (EPS) constituyen el potencial educativo de las prácticas en los procesos de trabajo al incorporar en el marco de la gestión del conocimiento desde el enseñar-aprender a la reflexión contextualizada, identificando problemas de salud de los y las adolescentes tanto en los centros de salud, en los equipos, en los programas y en la comunidad, desde un

enfoque de determinantes de la salud, que permite destacar al equipo profesional interdisciplinario como constructor activo de conocimientos a partir de la identificación de los problemas y de informaciones significativas mediante la interacción de profesionales y equipos a partir de iniciativas locales, operativas, por medio de aportes y articulaciones cotidianas de conocimientos y experiencias; reconocimiento de la producción de conocimiento colaborativo contextualizado y territorial en espacios organizativos, conforme a los lineamientos de buenas prácticas, tal como se trata de mostrar en el cuadro 12 ⁽¹⁶⁹⁾ ⁽¹⁷⁰⁾.

Cuadro 12 Espacios de conocimiento activo y cotidiano, en los Centros de Salud y Acción comunitaria



Fuente: Elaboración propia en base al enfoque educativo de la OPS, en el campus virtual de Salud Pública ⁽¹⁶⁹⁾.

2: Problema:

El problema en la actualidad se destaca en los Centros de salud y acción comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el marco del Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes (Res.1751/08 GCBA), está enfocado en cierto desconocimiento de leyes y normas jurídicas y marcos programáticos relacionados con la salud integral de los y las adolescentes en la actualidad, por parte de los profesionales, un debilitamiento de los aspectos organizacionales de los equipos, superposición de acciones, poco reconocimiento de las practicas integrativas como facilitadoras interdisciplina e intersectorialidad, carencia de espacios organizacionales en los procesos de trabajo de los profesionales y equipos y dificultades en el abordaje pedagógico de las prácticas en espacios de educación permanente.

Se relaciona con el campo de las prácticas donde se evidencia un escaso nivel de interacción, intercambio y confluencia de los profesionales de planta en las tareas, sumado a una poco habitual comprensión interpersonal e interprofesional, cotidiana y contextualizada, con una limitación en la conformación de espacios organizacionales y en la aplicación de prácticas integrativas y capacitación permanente.

Surge de diferentes observaciones en las intervenciones de los profesionales y equipos frente a problemas, situaciones y/o eventos de salud de los/las adolescentes, que se generalizan los procesos de intervención y son pensados y abordados con escasa reflexión, en muchos casos sin esquemas de construcción y representación desde la lógica de salud integral que permita la comprensión de la realidad según las necesidades, lo cual se traduce en un conjunto de amplias dificultades, obstáculos, desviaciones y burocratización frente a la ausencia de comprensión, acercamiento, acompañamiento y abordaje, por lo que se ve debilitada, dilatada, poco adecuada, efectiva, resolutive y oportuna y la toma de decisiones ⁽¹⁷⁾.

La falta de flexibilidad y coordinación, se combinan con una práctica profesional en el primer nivel de atención cada vez más especializada, donde las practicas integrativas se encuentran desestimadas como así también las acciones interprogramaticas, y desvalorizados los espacios organizacionales, de educación permanente y el enfoque de lo cotidiano, lo contextual y lo territorial acompañado de un significativo debilitamiento en la solidaridad sistémica, la coordinación, y articulación desde aspectos internos de las organizaciones e instituciones de salud.

En relación a eventos o problemáticas complejas de salud específicas de este grupo de edad, como abuso, maltrato, violencia, consumo abusivo de sustancias, alcohol y drogas, adicciones comportamentales ⁽¹⁷¹⁾, problemas con la justicia,

abandono escolar, ausentismo, repitencia ideación o intento de suicidio, problemas de nutrición y alimentación y stress, la perspectiva medico clínica evidencia limitaciones al ser considerada como exclusiva y única respecto de este grupo de edad, en la medida en que no es suficiente para territorializar, contextualizar, ordenar, priorizar y desarrollar intervenciones individuales o comunitarias que satisfagan las necesidades de salud relativas a la calidad de vida, la salud integral y a la dimensión psicosocial frente a cuestiones e intervenciones intersectoriales, o referidas a la fecundidad adolescente ⁽³⁹⁾, tanto temprana como tardía; prevención del embarazo infantil forzado; maternidad infantil forzada ⁽¹⁷²⁾, procesos identitarios tempranos, que implican una perspectiva de integralidad de la salud desde la que se debe incluir a los profesionales y equipo de salud que conllevan una organización, planificación, evaluación y readecuación de este tipo de las intervenciones a partir de espacios organizacionales que faciliten la construcción de relaciones y nexos tal como lo menciona Kantor ^{(4) (14) (35) (91) (173) (174)}.

La carencia de espacios organizacionales dinámicos y móviles, y obstáculos en la coordinación, articulación y colaboración de los equipos profesionales, la escasa complementariedad disciplinar, las dificultades en el acercamiento a distintas instancias sectoriales e institucionales el desconocimiento de marcos normativos frene al desconocimiento de las normas y leyes existentes en la actualidad por parte de los profesionales y equipos, refleja falta de significación y resolución de los

problemas vinculados a la captación y recepción de sujetos del grupo etario entre 10 y 19 años.

Se observa una frágil valoración estratégica de la lógica de salud integral en el diseño de las intervenciones y se descuida el perfil de los sujetos, sus resistencias y actitudes defensivas, sumado a que no se considera en general la complejidad y territorialidad por parte de los profesionales y equipos, y existe un significativo desconocimiento de los marcos legales, y leyes actuales.

Se destacan, respecto de las practicas intersectoriales, discontinuidades, discrepancias en acciones e intervenciones disociadas, y frecuentemente aisladas con cierta desconsideración del reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y del enfoque sistémico institucional a partir de la cristalización de modelos de intervención y formativos que conducen a una falta de dinámica y adecuación ⁽¹⁷⁵⁾.

Se evidencian temores, prejuicios y contradicciones en los profesionales, escasa información y muchas veces desconocimiento de las normas existentes que contribuya a la consideración significativa de los y las adolescentes como sujetos de derecho, y a una perspectiva de género en el análisis de las necesidades ⁽⁷³⁾.

Cabe preguntarse, entonces:

¿Conocen los profesionales de planta que trabajan en los Centros de salud y Acción Comunitaria (Cesac) en el marco del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes (RES 1751/08 MSGCBA) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires las normativas de la Nación Argentina y la Ciudad de Buenos Aires referidas en la actualidad a la salud integral de los y las adolescentes?

¿Cuál es la opinión de los profesionales de planta del Programa de salud integral de los adolescentes y Jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires acerca de la integralidad como lógica de pensamiento ordenadora de la organización de las acciones de los profesionales y equipos en los Centros de salud y acción comunitaria para la construcción de nuevos posibles en espacios organizacionales, cotidianos, territoriales y contextualizados en los centros de salud y acción comunitaria?

¿Qué opinión tienen los profesionales de planta en el marco del programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes en la Ciudad de Buenos Aires, acerca de la intersectorialidad como practica integrativa de la salud integral como lógica de pensamiento y construcción de nuevos posibles en los centros de salud comunitaria en la Ciudad de Buenos Aires?

¿Qué opinión tienen los profesionales de planta en el marco del programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes en la Ciudad de Buenos Aires, acerca de la interdisciplina como practica integrativa de la salud integral como lógica de pensamiento y construcción de nuevos posibles en los centros de salud comunitaria en la Ciudad de Buenos Aires?

¿Qué opinan los profesionales de planta del programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires acerca de los espacios organizacionales de cooperación, colaboración y reflexión para el abordaje de casos y problemáticas como marco de educación permanente en los Centros de salud y acción comunitaria?

3: Justificación:

La integralidad en relación a la salud de los y las adolescentes, como lógica de pensamiento para la organización de las prácticas en terreno, contextualizadas y cotidianas en los Centros de salud comunitaria es muy poco visibilizada, y relacionada con la percepción y opinión de los profesionales junto con prácticas integrativas en espacios organizacionales de educación permanente ante la complejidad de los problemas de este grupo de edad en particular.

Al tener en cuenta que en la Argentina, en los últimos años, existe un fuerte impulso hacia el fortalecimiento de acciones integradas en el marco de desarrollo de la política sanitaria centrada en la Atención Primaria de la Salud (APS), es importante reconocer el reordenamiento que se está produciendo en las organizaciones de salud en especial en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el primer nivel de atención lo que permite acercar la mirada hacia la opinión de los profesionales que trabajan en el marco del Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes (Res.1751/08 MSGCBA) en los Centros de salud y acción comunitaria (Cesac) con relación a la visión de éstos de la perspectiva de integralidad, en función de los equipos interdisciplinarios, las acciones de intersectorialidad como practicas integrativas, los espacios organizativos y de educación permanente en torno a recuperar la dimensión relacional, el diálogo y encuentro entre los profesionales de

los equipos de salud para reflexionar ante los problemas que se presentan, proponer ideas y diseñar acciones más eficaces, cotidianas, contextualizadas y territoriales.

La situación a la que se ha hecho referencia promueve la posibilidad de hacer visible la salud integral de los y las adolescentes ⁽¹⁷⁶⁾, como así también a la dinámica interna de los equipos de salud, relaciones, vínculos, subjetividad, comunicación, información, conversación y acción que muchas veces queda relegada, razón por la cual se destaca como importante poder contribuir ⁽¹⁷⁷⁾ a fomentar la resignificación y adecuación de la interdisciplina y la intersectorialidad en espacios organizacionales contextualizados, cotidianos y territoriales fortaleciendo el derecho a la salud en las prácticas combatiendo la despersonalización, fomentando aspectos relacionales y considerando espacios para capacitación y actualización permanente ⁽⁴⁷⁾ de manera más humanizada e integral, como lo manifiesta Ayres ⁽¹⁷⁸⁾.

Esta problemática en la actualidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es poco abordada, trabajada, y enfocada en general, y en especial tomando en cuenta también los espacios organizacionales contextualizados desde una tarea de diálogo en un encuentro entre los profesionales de los equipos de salud que permita desde la cotidianidad, territorialidad y contexto, proponer ideas, diseñar acciones más eficaces, reflexionar y promover espacios educativos de forma permanente en una

época de novedades y complejidades dinámicas que superan las lógicas espaciales y temporales tradicionales de este curso de vida, ⁽⁸⁾ (179)

Este trabajo de investigación intenta aportar datos para acercar la mirada hacia la práctica contextualizada, cotidiana y territorial de los profesionales aplicada a los procesos de trabajo, según, niveles de conocimiento, opiniones, percepciones que permitan tener en cuenta acciones integrativas como la intersectorialidad e interdisciplina y los espacios organizacionales de educación permanente a fin de recobrar mayor sentido y puedan ser rescatados, como refiere Schon de “las zonas indeterminadas de la práctica profesional” para facilitar redefinir situaciones problemáticas y oportunas desde la mejor comprensión de las necesidades y del conocimiento en la acción y posibilitar conocimientos para reorganizar formas de pensar la práctica y fortalecer espacios integrados desde el reconocimiento de los sujetos de derecho a los y las adolescentes desde una perspectiva de género ⁽⁹⁵⁾ (180).

4: Objetivos:

Los objetivos de la investigación se apoyan en los aspectos referidos a la salud integral como lógica de pensamiento aplicada a los procesos de trabajo para promover nuevos posibles en el diseño de intervenciones y acciones de los profesionales y equipos de salud en respuesta a las problemáticas complejas de los y las adolescentes en el primer nivel de atención en los Centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, basada en el conocimiento de las normas y leyes actuales, en la inclusión del derecho a la salud de los y las adolescentes, como sujetos activos de derecho, con perspectiva de género, y sustentada en la percepción de los propios profesionales en los espacios organizacionales de trabajo y el reconocimiento como practicas integrativas y facilitadoras el marco interdisciplinario, intersectorial y de educación permanente de los equipos de referencia en el marco del Programa de salud integral de los y las adolescentes (Res.1751/08 MSGCBA).

4.1: Objetivo General:

Describir y analizar la visión y opinión de los profesionales de planta que integran el Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes Res.1751/08 MSGCBA en los Centros de salud y acción comunitaria (Cesac) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) acerca de la salud integral de los y las adolescentes como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en relación con aspectos organizacionales, de conocimiento de normativas y leyes , y de prácticas integrativas y educación permanente en el campo de la salud pública.

4.2. Objetivos Específicos:

1-Establecer el nivel de conocimiento de los profesionales de planta de los Centro de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires respecto de los marcos normativos referidos a la salud integral de los adolescentes y jóvenes a nivel Nacional Argentino y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y respecto del Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Resolución 1751/08 MSGCBA).

2- Describir la percepción de los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en las acciones interdisciplinarias en los Centros de salud y Acción Comunitaria (Cesac) de la CABA en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes.

3- Identificar la visión de los profesionales de planta con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en las acciones intersectoriales en los Centros de salud y Acción Comunitaria (Cesac) de la CABA en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes.

4-Analizar la opinión de los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en espacios organizacionales cotidianos contextualizados y territoriales de educación permanente en el Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes en los Centros de Salud de la CABA.

5: Estado del Arte:

5.1. Estado del Arte: Aspectos generales

La búsqueda de documentos se ha hecho en base a las siguientes palabras claves: integralidad-salud pública- salud integral de los y las adolescentes, Atención primaria Renovada y transformadora, Educación permanente, Interdisciplina-intersectorialidad-Espacios organizativos- Clínica ampliada Equipos referentes Centros de Salud Comunitaria, Programas de salud integral de adolescentes Nacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: la integralidad como un eje central del presente trabajo y su relación con los espacios organizacionales, la interdisciplina y la intersectorialidad en los procesos de trabajo de los equipos profesionales referentes en los Centro de salud y acción comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; la Salud Publica en la actualidad, su relación con los conceptos de Milton Terris y con referencia a los conceptos desarrollados por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y la OMS; la salud integral de los y las adolescentes. OMS/OPS; Atención Primaria de la salud: Renovada y Transformadora. Isags /Unasur; la Educación permanente: para mejorar el desempeño de los profesionales en el primer nivel de atención, contribuir al desarrollo de nuevas competencias, servir de sustrato para cambios culturales acordes con las nuevas orientaciones; los Centros de salud y Acción Comunitaria. Programa Nacional de Adolescencia. Programa de Adolescentes y Jóvenes Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

5.2. Cuadros de Síntesis bibliográfica:

A continuación, se presentan diferentes cuadros de síntesis bibliográfica en relación con las palabras claves mencionadas en los que se hace referencia a algunos documentos seleccionados:

Cuadro 13: Síntesis bibliográfica de la integralidad de la salud de los y las adolescentes: Las prácticas en el marco de la Atención primaria de la salud.

Cuadro 14: Síntesis bibliográfica: La Salud Publica en la Actualidad

Cuadro 15: Síntesis bibliográfica: Salud de los y las Adolescentes:

Cuadro 16: Síntesis bibliográfica: Atención Primaria de la Salud: Renovada y transformadora

Cuadro 17: Síntesis Bibliográfica Clínica Ampliada. Equipos profesionales: Interdisciplina e intersectorialidad

Cuadro 18: Síntesis Bibliográfica: Educación permanente en salud

Cuadro 13 Síntesis bibliográfica de la integralidad de la salud de los y las adolescentes: Las prácticas en el marco de la Atención primaria de la salud

Año	lugar	Autor/a	
2012	unicef-Argentina	Fernando Zigman	analizar la práctica de la integralidad en la atención primaria de niños y adolescentes-
2012	laboratorio de pesquisas sobre practicas de integralidad en salud	pinheiro	las practicas de lo cotidiano como campo de estudio sobre el sentido, limites y posibilidades de la construccion de la integralidad.
2012	revista de bioeoamericanati	Jungues	bioetica de la atención basica de salud: Integralidad y acogida y vinculo-Integralidad
2012	Mexico	Agüero Servin M.	consideraciones subjetivas en la solución de problemas cotidianos: pensamiento practico.
2012	Brasil	Franklin da costa	reflexion en las estrategias que faciliten el cuidado de los adolescentes en el marco de la integralidad
2012	Universidad de Rosario-Argentina	Mg.Peñaloza	la importancia de trabajar con el concepto de integralidad en salud que significa tener un flujo adecuado de los usuarios al sistema-
2013	revista latinoamericana de enfermeria	Camila de oliveira Arraes	campo promocion de la salud y prevencion de la enfermdad con énfasis en salud publica
2013	escuela de administracion Publica:Facultad		La masculinidad, la vulnerabilidad, y prevencion de SIDA en adolescentes varones
2013	Escuela de enfermeria de Bello Horizonte	selma maria da Fonseca Viegas	Desvirtualizacion y perdida de la integralidad
2013	Brasil	Maroreira Da Silvaciele M	la construccion de la integralidad en el trabo cotidiano del equipo de familia
2013	Rev Panamericana	Berra S.	Integralidad y posibilidades y perspectivas de un equipo
2013	argentina	Maria Jose Acevedo	búsqueda de eficacia en el trabajo; la relevancia que se le otorga a los factores psicológicos que intervienen tanto en la relación con la tarea como en la cualidad de los vínculos generados por ella
2013	Brasil	Jungues	interfases entre territorio-ambiente y salud
2013	Peru	Rosas prieto y Cols	atributos de la Aps: integralidad

Cuadro 14: Síntesis bibliográfica: La Salud Publica en la Actualidad: Buenas prácticas, avances hacia la construcción de nuevos posibles, desde la visión de integralidad de los adolescentes y jóvenes de los profesionales y equipos de salud

Año	lugar	autor	Contenido
2016	España	Espelt	La visión integral y social de los determinantes de la salud. la la vigilancia de los determinantes sociales de la salud y aspectos importantes para llevarla a cabo
2016	España	Hernández Quevedo	nsalud pública: transparencia de las decisiones, cooperación profesional e intersectorial, promoción de salud, equidad adicciones y consumo abusivo de sustancias, protección de la salud, reducción de daños, acciones comunitarias, reorientación de servicios, activos positivos para las acciones de salud
2016	España	Antequera Vinagre	Los problemas complejos diferentes perspectivas. y diversas configuraciones organizativas no donde los efectos concretos de las opciones en el ámbito institucional y cultural donde se aplica.
2016	España	Peiro	Buenas prácticas profesionales que faciliten el diálogo nuevo rol de los/las pacientes, qué implica el avance hacia nuevas funciones y competencias

Cuadro 15: Síntesis bibliográfica: Salud integral de los y las Adolescentes:

Año	Lugar	Autor	Contenido
2010	Buenos Aires	Pasqualini y LLorent	herramientas para una comprensión integral del crecimiento y desarrollo de los adolescentes y mejorar la calidad de atención.
2010	Valencia España	Cornella Canals	comportamiento, que, a su vez, sufre la poderosa influencia del ambiente en que viven.
2011	Nueva York	Unicef	ciclo vital y derechos en salud, promover la salud. Se examina la situación de los y las adolescentes en salud y educación
2012	Buenos Aires	Unicef	Informe Anual de actividades en Argentina
2014	Washington	Organización Panamericana de la salud	Salud para los adolescentes del mundo
2015	Washington	Organización Panamericana de la Salud	Estrategia y acción Regional para los y las adolescentes
2016	Washington	Organización Panamericana de la salud	Normas de atención sexual y reproductiva para adolescentes

Cuadro 16: Síntesis bibliográfica: Atención Primaria de la Salud

Año	Lugar	Autor	contenido
2007	Washington DC	OPS	La Renovación de la APS en las Américas
2008	Washington DC	OPS	APS mas necesaria que nunca
2012	Rio de Janeiro	ISAGS/UNASUR	Sistemas de Salud en Suramérica
2015	Rio de Janeiro	Giovanella	APS en Suramérica: APS transformadora

Cuadro 17: Síntesis Bibliográfica Clínica Ampliada. Equipos profesionales de referencia. Interdisciplina e intersectorialidad.

Año	lugar	Autor	contenido
1999	Rio de janeiro Brasil	Gastao W de Sousa Campos	equipos de referencia locales y el apoyo de matriz especializada: un ensayo reorganización del trabajo en los servicios de salud
2007	Rio de Janeiro Brasil	Gastao W. de Sousa Campos	metodología de gestión de trabajo de salud basado en los equipos de referencia
2013	Colombia	Monsalve salcedo	Estrategias que favorecen la formación interdisciplinar
2014	La Habana Cuba	Azpiazu Blanco	Desarrollo de nodos interdisciplinarios, esferas de actuación del profesional de salud a formar, para potenciar el aprendizaje significativo

Cuadro 18: Síntesis Bibliográfica: Educación permanente en salud

Año	Lugar	Autor	contenido
1995	Washington DC	Davini M.C.	impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) é integrado a la política regional trazada hace más de 10 años por los países miembros, tendiente a alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000.
2006	Buenos Aires	Merhy E.	construcción del concepto de Educación Permanente en Salud sobre la naturaleza del trabajo en salud y su composición tecnológica, a dinámica institucional de su constitución, micropolítica como elemento fundamental para la comprensión y transformación de las prácticas de salud.
2010	La Habana Cuba	Velez Benito	reflexiones sobre la Educación Permanente en Salud, tanto como política estratégica del como, sobre una visión conceptual pasando por el principio de la integralidad como eje de la política acciones educativas en los procesos de trabajo de los profesionales de salud fundamentales para la reorganización de las prácticas de los profesionales de salud, teniendo como foco la educación basada en las necesidades y/o problemas reales que se dan en el cotidiano
2013	Murcia España	Peixoto,S,	educación Permanente en Salud como una práctica pedagógica basada en el aprendizaje significativo y Educación Permanente, Educación Continuada y Educación en Servicio: Diferencias y Marcos conceptuales.

6.Marco Teórico:

6.1. Capítulo 1: Salud-enfermedad-atención: Creando contextos y escenarios en los Centros de Salud y Atención Comunitaria

6.1.1: Líneas directrices y nuevos escenarios: Contexto y territorialidad

Las líneas directrices del Instituto Suramericano de Gobierno en salud y la Unión de Naciones Suramericanas (ISAGS/UNASUR), refieren a la importancia de promover el debate de las políticas públicas, en especial en salud, en relación al grupo de los y las adolescentes, de forma interdisciplinar e intersectorial, el marco de un concepto ampliado de salud, orientador de espacios organizacionales, y de educación permanente, que implique un avance teórico y la reformulación de conceptualizaciones, que permitan tener una aproximación a los problemas de este grupo de edad desde la cotidianeidad la articulación de saberes, que amplíen el campo de la medicina para insertarse en marco desde la interdisciplinariedad, y de la interrelación de saberes, desde el campo de las prácticas ⁽¹⁸¹⁾.

Sumado a lo dicho anteriormente la Estrategia de Atención Primaria de la salud renovadora y transformadora, ⁽¹⁸²⁾ en relación a la salud de los sujetos adolescentes en la actualidad, como combinación de enfoques conceptuales y estrategias de acción en diversos espacios, institucionales y comunitarios, intrainstitucionales e

intersectoriales propone la articulación entre los mismos, con relación a lo colectivo, histórico, y complejo determinado por el sistema social desde un modelo biopsicosocial ⁽¹⁸³⁾, conforman el escenario de las practicas propuesto por la medicina social y la salud colectiva latinoamericana ⁽¹⁸⁴⁾ en la medida en que interactúan diferentes sistemas, tanto los biológicos, culturales, psicológicos, económicos como los ambientales y sociales que permiten dilucidar la articulación de los conceptos de salud enfermedad con los procesos sociales cumpliendo con los criterios de unidad de lo social y lo biológico, como forma histórica específica del proceso biológico humano tal como se da en la medida en que ambos son momentos de un mismo proceso tal como lo refieren Cristina Laurell e Iriart ^{(113) (185) (186) (187) (188) (189)}.

En el siglo XXI los escenarios biopsicosociales en relación con aspectos ambientales, ritmos de vida, sumados a los distintos factores que condicionan diferentes modos de pensar y actuar con una diversidad de significaciones sociales, culturales e históricas en relación a los y las adolescentes y condiciones de vida según el curso de vida como sujetos de derecho, tiene una multiplicidad de expresiones como factores predisponentes y desencadenantes de este proceso complejo de salud enfermedad multidimensional que se configuran como problemáticas complejas de salud ^{(4) (7) (190)}.

Dice André Pierre Constandriopoulos ⁽⁸⁾ que las creencias, valores, y comportamientos del medio psico socio cultural de cada adolescente, se interrelaciona con los aspectos organizacionales y las prácticas de los profesionales y equipos, en la medida en que ambos conforman nuevos escenarios, junto con las necesidades frente a las problemáticas complejas de este grupo de edad, y se configuran tipos de respuesta teniendo en cuenta el reconocimiento de los marcos normativos leyes, instituciones, tradiciones ⁽⁸⁾.

La Organización Panamericana de la Salud (OMS) ⁽¹³⁷⁾ considera que el bienestar del adolescentes además del bienestar físico, mental, social y espiritual, los aspectos psicosociales, incluidos el desarrollo educativo y la participación adecuada en actividades en y con la comunidad, según su cultura y potencialidades, que refiere a la lógica amplia a ser aplicada en los procesos de trabajo en salud de los profesionales y equipos, de acciones e intervenciones destinadas a estimular el crecimiento y desarrollo personal y prevenir o responder a problemas complejos.

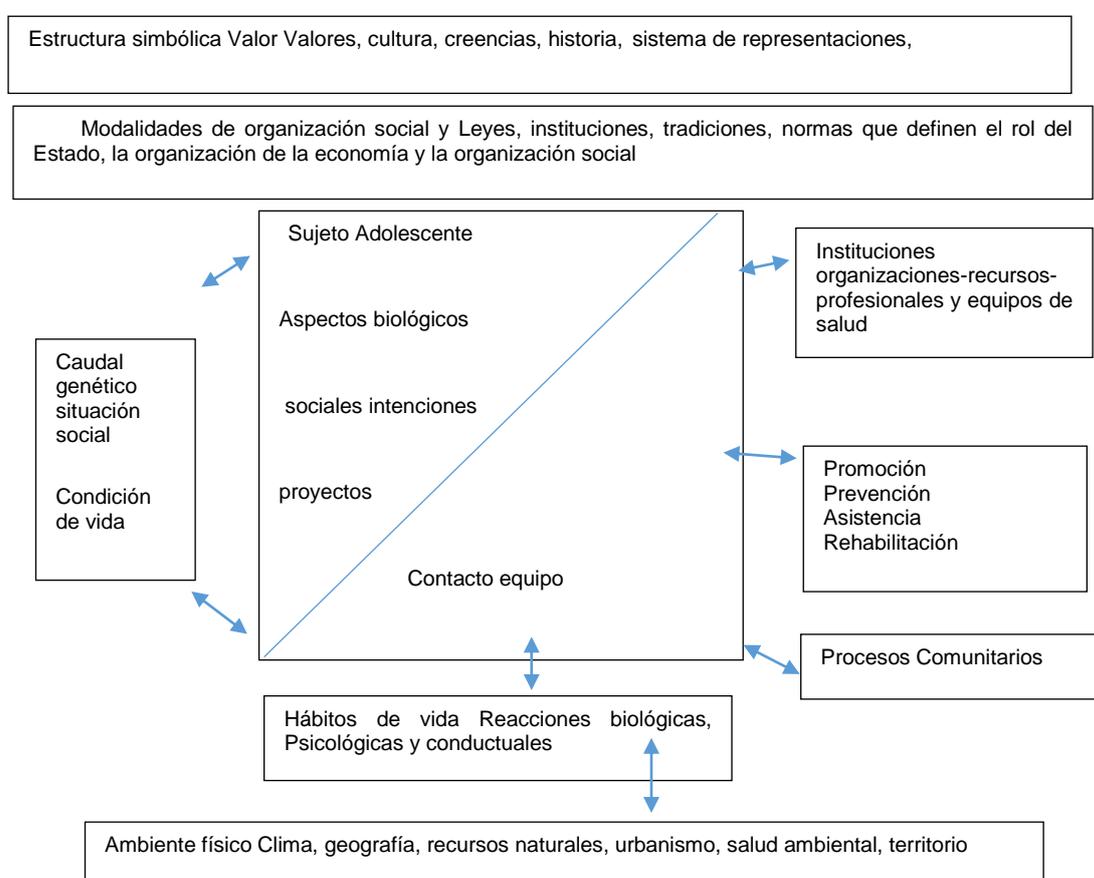
Las respuestas sustentadas en la interdisciplinaria, la articulación, y las interrelaciones en las acciones intersectoriales que tienen su base en la visión de amplitud con que deben abordarse incluye el análisis de los determinantes de la salud y las dimensiones de la estructura social y a la vez la singularidad y autonomía el bagaje genético, el enfoque de género, y del ambiente en el cual vive, ya que la

autonomía hace alusión a la posibilidad, de los y las adolescentes de hacer consiente y voluntariamente, elecciones que pueden tener consecuencias sobre su salud (8) (10)

(110) (183) (185) (189).

Las diferentes referencias presentadas conforman nuevos escenarios, además, de constituir una interfase entre la Atención primaria y la Salud Pública, desde nuevos espacios, relaciones, cultura y valores, las modalidades de organización interdisciplina, intersectorialidad y capacitación como dimensiones importantes que influyen en la salud de este grupo de edad, a los que se hace referencia en el cuadro 19.

Cuadro 19 Conformación del contexto de los sujetos adolescentes:
Relaciones con los profesionales y equipos de salud en territorio.



Fuente elaboración propia, en base a los conceptos de Constandriopoulos acerca del sentido de las relaciones de los sujetos adolescentes en su contexto con las organizaciones de salud, instituciones, profesionales, equipos y acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación (8) (137).

6.1.2. Nuevas significaciones y problemáticas de salud de los y las adolescentes en el siglo XXI: Interfase de la Atención Primaria y la Salud Pública.

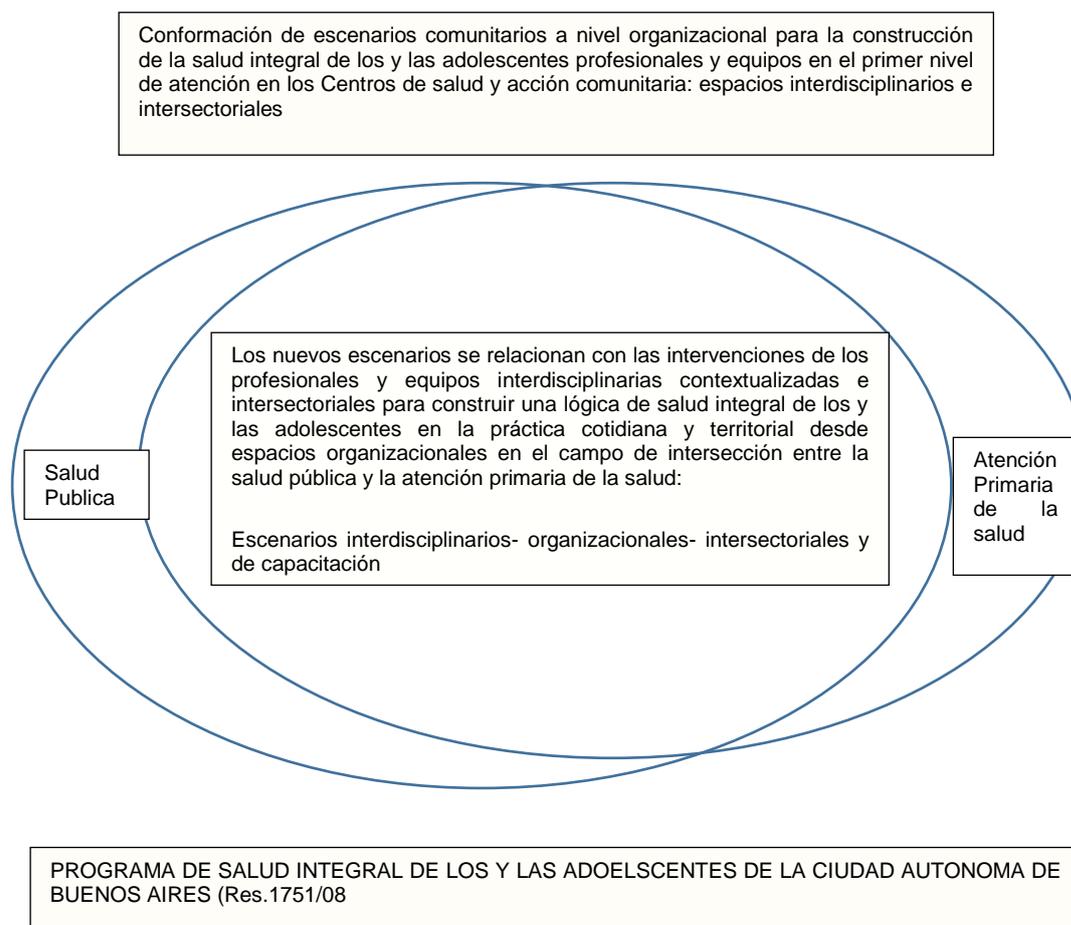
En la actualidad, tal como ha sido desarrollado anteriormente, al tener en cuenta las particularidades de la época, el reconocimiento de la salud integral de los y las adolescentes debe entenderse con relación a un marco cultural, de valores, representaciones, roles y expectativas que van configurando dichos sujetos en relación a un contexto que los determina, e implica niveles socioculturales ⁽¹⁹¹⁾, por lo cual los profesionales y equipos en los Centros de salud comunitaria, deben reconocerlos desde los múltiples factores determinantes ⁽²⁸⁾ implicados en la realidad existencial de cada adolescente, sus condiciones de vida, aspectos sociales y oportunidades para poder tener acceso a la salud ^{(192) (193) (194) (195)}.

Dicha mirada suma nuevas aptitudes, actitudes y responsabilidades, competencias y habilidades en los profesionales, referidos al campo de las prácticas colectivas hacia los adolescentes, tanto individuales, comunitarias o poblacionales, en relación con otros sectores la familia, la escuela o la comunidad, como con los propios servicios a los cuales dichos sujetos tienen derecho y deben ser ofrecidos según necesidades de salud de este grupo poblacional desde un enfoque de determinantes sociales en torno a la disminución de las desigualdades en salud, tal como lo expresa Pasarín ^{(196) (197)}.

Las intervenciones y prácticas profesionales y equipos necesitan ser coordinadas e integradas a partir de cuestiones organizacionales, en escenarios y espacios que permitan el intercambio de propuestas, reflexión y elaboración de situaciones problemáticas, y también desde actividades y servicios de acuerdo a las necesidades de salud, aun en ausencia de la demanda para beneficio del grupo población, reconsiderando el enfoque de derechos y de género tanto desde las familias como desde escuelas contextualizado a nivel territorial en los Centros de salud comunitaria con aportes disciplinarios, multiprofesionales, de conocimientos y habilidades teniendo en cuenta la apoyatura de la epidemiología, sumados a aspectos de la práctica y de capacitación permanente incluyendo habilidades para la detección de las necesidades de salud, la planificación de procesos desde la construcción de la lógica de salud integral para promover una interfase entre la Estrategia de la Atención Primaria de la salud y la Salud Publica (121) (198) (199) (200) (201) (202).

En el cuadro 20, se trata de mostrar la intersección entre la Salud Pública(SP) y la Atención Primaria de la salud (APS), en base a los conceptos de Gofin y Gofin (203), en relación con escenarios contextualizados y territoriales al hacer referencia a los espacios organizacionales de los profesionales y equipos.

Cuadro 20: Escenarios comunitarios de salud integral de los y las adolescentes: la intersección entre la Salud Pública(SP) y la Atención



Fuente: Elaboración propia en base a los conceptos de Cofino (202) y Gofin y Gofin

6.2: Capítulo 2: Elementos operativos para la construcción de la lógica de salud integral: Enfoque sistémico y enfoque de los determinantes sociales de la salud

6.2.1: El enfoque sistémico como elemento operativo de las prácticas en los Centros de Salud y Acción Comunitaria en el marco del programa de adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires(CABA)

Peter Sen en su libro la quinta disciplina afirma que el pensamiento sistémico es la disciplina que integra las demás disciplinas, fusionándolas en un cuerpo coherente de teoría y práctica e impide que los recursos estén separados ya que sin una orientación sistémica no hay motivación para examinar cómo se interrelacionan las disciplinas (204).

El enfoque sistémico, implica, según lo explica Castell Florit Serrate, que todo trabajo se realiza con un enfoque de sistemas y de procesos integrados (205) como elemento operativo significativo para las intervenciones y necesita en contextos de vulnerabilidad enfocados al curso de vida de los y las adolescentes, fortalecer y optimizar los espacios y la organización de procesos de los profesionales y equipos en los Centros de salud comunitaria teniendo en cuenta los componentes de la secuencia organizacional para promover la mejora en las respuestas a las

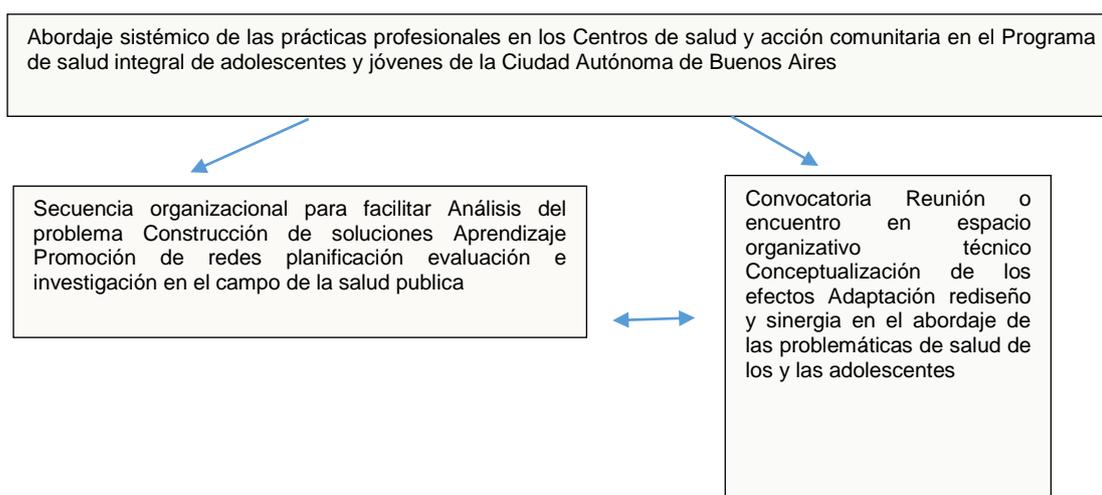
necesidades de los beneficiarios por la identificación de aspectos que influyen de forma positiva, considerando un mejor rendimiento de las profesionales en los Centros de salud y acción comunitaria ⁽¹¹⁷⁾.

Araujo González ⁽²⁰⁶⁾ refiere que el pensamiento sistémico, en la actualidad, es uno de los elementos que da cuenta del carácter integrativo y holístico de la ciencia donde el todo es siempre mayor que la suma de sus partes y busca las interacciones que ayudan a comprender la dinámica a partir de la comprensión de ciertos conjuntos de relaciones que generan propiedades emergentes e implica reconfigurar los modelos mentales para desaprender las reglas del pensamiento lineal y aprender las reglas del pensamiento sistémico que permita comprender y valorar las relaciones de los profesionales y equipos en los Centros de salud y acción comunitaria a fin de abordar complejos problemas y factores de riesgo sanitarios, y las interrelaciones de la estructura contextual relacionadas con las problemáticas de los y las adolescentes, tal como lo expresa la Organización Mundial de la salud, ^{(207) (208) (209)}.

El interés por la construcción de la lógica de salud integral direcciona hacia la comprensión de las relaciones, interacciones y comportamientos de los profesionales de salud y orienta a la secuencia de pasos del esquema de aplicación del pensamiento sistémico para el fortalecimiento de ⁽²¹⁰⁾ los espacios de encuentro, la conceptualización de los efectos por medio de la adaptación y rediseño, los

elementos y la sinergia, la comunicación e información, la flexibilidad y la adaptabilidad en procesos para el análisis de los problemas en los espacios organizacionales desde el Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes (Res 1751/08), como se intenta mostrar en el cuadro 21.

Cuadro 21: Aportes del pensamiento sistémico: Secuencia organizacional para el análisis de los problemas



Fuente elaboración propia tomando como base a los conceptos de Erazo y la Organización Mundial de la salud (209) (210) (211).

La secuencia organizacional de los procesos en la dinámica de las articulaciones e interacciones en el marco sistémico para la conformación de los espacios organizacionales contingentes desde las prácticas de interdisciplina e intersectorialidad según los conceptos de Álvaro Erazo ⁽²¹¹⁾, deben partir inicialmente de a) Convocatoria a encuentros organizacionales de intercambio en aspectos disciplinares e institucionales b) Conceptualización de los efectos c) Adaptación, rediseño y sinergia en el abordaje de las necesidades y problemáticas de este grupo de edad; a la vez que deben facilitar : 1)Análisis del problema,2) Construcción de soluciones 3)Planificación,4)Investigación 5) Promoción de Redes de servicios para facilitar el acercamiento al contexto complejo referido a los determinantes sociales e intermedios de la salud desde donde deben ser consideradas las articulaciones e interacciones, la sinergia, para el rediseño y análisis de los problemas, búsqueda de soluciones, redes, aprendizaje, planificación, evaluación e investigación en el campo de la salud pública desde los propios profesionales y equipo, en el marco de una clínica ampliada a la que hace referencia Souza Campos ^{(26) (110)(157) (211) (212)}.

6.2.2: Enfoque de Los determinantes sociales de la salud: Un elemento operativo multidimensional de la salud

Amartya Sen ⁽²¹³⁾ Premio Nobel de Economía y miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud creada por la OMS en 2006 afirma sobre la

equidad que no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de imparcialidad y justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica; prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas (213).

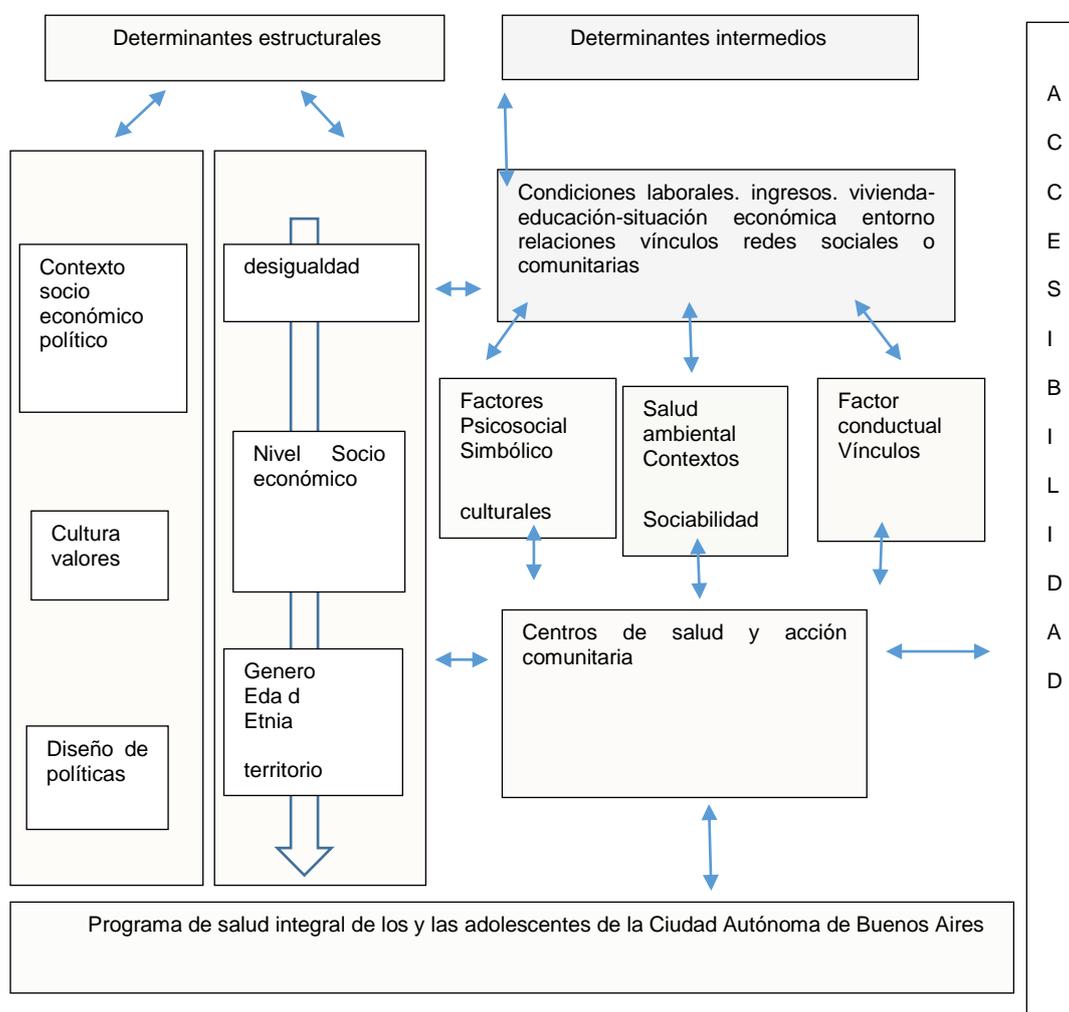
A los conceptos de Amartya Sen, se suman los de Palomino Moral, cuando sostiene que el concepto multidimensional de salud en relación con los determinantes sociales ha posibilitado establecer factores explicativos del origen de las desigualdades sociales, tomando como ejemplos el enfoque de género en términos de diferencia de roles, actividades, distribución de recursos poder y toma de decisiones, y el debilitamiento de los derechos sociales (214).

Las anteriores afirmaciones, ponen de relieve, la trascendencia de la evolución del enfoque del concepto de salud hacia la focalización de la multidimensionalidad desde diferentes aspectos explicativos acerca de las desigualdades, diferencias e inequidades en salud referidas a los y las adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la identificación de los factores sociales, psicosociales y políticos, componentes biológicos reflejados desde el enfoque de género o de interculturalidad, discapacidad, exclusión, vulnerabilidad que afectan la salud de este grupo etario al tener en cuenta la particularidad de factores, características y comportamientos, de los profesionales en los Centros de Salud Comunitaria, como componentes de los

procesos de trabajo, que implica aspectos históricos, sociales y políticos, tal como lo expresa Roque Junges ^{(215) (216) (217) (218)}.

La Comisión de Determinantes de la salud de la OPS, los define como: las condiciones en que las personas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales que operan mediante los determinantes intermedios para producir resultados de salud siendo los principales: calidad de vivienda, posibilidades de consumo, entorno físico, factores psicosociales, circunstancias de vida, vínculos, relaciones, apoyo, redes sociales, nutrición, actividad física, consumo de tabaco, drogas y alcohol; y también, los factores biológicos que incluyen los factores genéticos, en un marco de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades que se intenta mostrar en el cuadro 23 ^{(219) (220) (221)}.

Cuadro 22 Los Determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y la Vigilancia de la salud integral de los adolescentes: Relaciones y componentes



Fuente: Elaboración propia en base a Espelt (216) Junges (218) y Guzmán (220)

6.3: Capítulo 3: Marco Normativo sobre derechos y acceso de adolescentes al sistema de salud.

6.3.1: Marco Normativo Nacional en relación con los derechos de los Niños Niñas y Adolescentes en la República Argentina.

Para poder avanzar sobre la construcción de la lógica de la salud integral, se considera necesario el conocimiento de los aportes del marco legal tanto a nivel nacional como de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la actualidad en relación a la salud integral de los y las adolescentes que respalda el conjunto de acciones e intervenciones desde los Centros de salud comunitaria, y constituye el encuadre de referencia al Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

Se enumeran a continuación las principales normas a consultar sobre Niños-Niñas y adolescentes a nivel Nacional Argentino:

LEY 26.061: De protección integral de los derechos de Niños, Niñas y adolescentes: Esta ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte, en el marco de la Convención de los derechos del niño, presenta el marco General de Aplicación local de la Convención de los derechos del niño, y establece los derechos de los (Niños Niñas y Adolescentes (NNYA), como las obligaciones que corresponden al Estado para su protección ⁽²²²⁾.

LEY 25.673: Salud Sexual y Reproductiva Responsable: Establece el derecho del adolescente a recibir información sobre reproducción y sexualidad, así como de anticoncepción transitoria ⁽²²³⁾.

LEY 26.150: Educación Sexual integral: Establece la obligación de incorporar de forma transversal contenidos sobre sexualidad y reproducción en todos los niveles educativos. Desarrolla el derecho a la información y consejería en materia de sexualidad y reproducción de NNYA ⁽²²⁴⁾.

LEY 26.485: Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar, la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales: Contiene las obligaciones relacionadas con la garantía de los derechos de mujeres, niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencia. Establece los tipos de violencia posible, y dentro de ellos, la violencia institucional (que puede ser ejercida dentro del sistema de salud), la violencia obstétrica, que la pueden sufrir las mujeres y adolescentes, durante el embarazo, el parto y el puerperio ⁽²²⁵⁾.

LEY 26.529: Derechos del paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado: Establece la satisfacción prioritaria de los derechos del NNYA (art 2 Inc.a) sin ningún tipo de menoscabo o discriminación ⁽²²⁶⁾.

LEY 26586: Educación sobre Adicciones y el Consumo indebido de drogas: Establece Contribuir a formar personas que funden sus comportamientos y hábitos de vida en valores trascendentes y fomentar la resolución de malestares o la mejora del rendimiento a través del consumo de sustancias; prevención en adicciones, articulación de esfuerzos con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para facilitar disponibilidad de profesionales y equipos técnicos que efectúen las acciones requeridas dirigidas a la comunidad ⁽²²⁷⁾.

LEY 26.130: Anticoncepción quirúrgica: Establece el derecho a la anticoncepción permanente ⁽²²⁸⁾.

LEY 25.929: Parto Respetado: establece los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes ⁽²²⁹⁾.

LEY 26.618: Matrimonio Igualitario: Permite a todas las personas contraer matrimonio con personas del mismo sexo o de diferentes sexos ⁽²³⁰⁾.

LEY 26.657: Salud Mental: Expresa sobre intervenciones e internaciones realizadas en contra de la voluntad de todos/todas los /las pacientes, incluyendo NNYA ⁽²³¹⁾.

LEY 26.743: Identidad de Género: Reconoce el derecho de toda persona a identificarse y ser identificada con el género auto-percibido, sin más requisito que la expresión de su voluntad. En el caso de NNYA deben acompañarse para la toma de decisión. Se establece el derecho a recibir tratamiento médico para ajustar su corporalidad a su identidad ⁽²³²⁾.

LEY 27.130: Prevención del suicidio: Propone el abordaje coordinado interdisciplinario e intersectorial biopsicosocial de la problemática del suicidio, priorizando la atención de NNYA, acciones de sensibilización, de capacitación, asistencial y de prevención ⁽²³³⁾.

LEY 29.994: Código Civil y Comercial de la Nación: Libro Primero. Título Primero y Libro Segundo. Títulos IV al VII ⁽²³⁴⁾.

LEY 26.378: Convención sobre los Derechos de Discapacidad ⁽²³⁵⁾

LEY 26.934: Plan integral para el abordaje de los Consumos problemáticos: Aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud ⁽²³⁶⁾.

Las leyes mencionadas, se muestran a continuación en el cuadro 23, en el cual se adjunta el número de la Ley y una breve síntesis de su contenido.

Cuadro 23: Leyes Nacionales Argentinas con relación a los derechos de las niñas niños y Adolescentes (NNyA)

Ley numero	sinthesis contenido
LEY 26.061	De protección integral de niñas niños y Adolescentes: Esta Ley presenta el marco General de Aplicación local de la Convención de los derechos del niño, y establece los derechos de los (Niños Niñas y
LEY 25.673	Salud Sexual y Reproductiva Responsable: Establece el derecho del adolescente a recibir información sobre reproducción y sexualidad, así
LEY 26.150	Educación Sexual integral: Establece la obligación de incorporar de forma transversal contenidos sobre sexualidad y reproducción en todos los niveles educativos. Desarrolla el derecho a la información y
LEY 26.485	Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar, la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales: Contiene las obligaciones relacionadas con la garantía de los derechos de mujeres, niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencia. Establece los tipos de violencia posible, y dentro de ellos, la violencia institucional (que puede ser ejercida dentro del sistema de
LEY 26.529	Derechos del paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado: Establece la satisfacción prioritaria de los derechos del NNYA (art 2
LEY 26586	Educación sobre Adicciones y el Consumo indebido de drogas: Establece Contribuir a formar personas que funden sus comportamientos y hábitos de vida en valores trascendentes y fomentar la resolución de malestares o la mejora del rendimiento a través del consumo de sustancias; prevención en adicciones,
LEY 25.929	Parto Respetado: establece los derechos de las mujeres, niñas y
LEY 26.618	Matrimonio Igualitario: Permite a todas las personas contraer matrimonio con personas del mismo sexo o de diferentes sexos
LEY 26.657	Salud Mental: Expresa sobre intervenciones e internaciones realizadas en contra de la voluntad de todos/todas los /las pacientes, incluyendo
LEY 26.743	Identidad de Género: Reconoce el derecho de toda persona a identificarse y ser identificada con el género auto-percibido, sin más requisito que la expresión de su voluntad. En el caso de NNYA deben acompañarse para la toma de decisión. Se establece el derecho a
LEY 27.130	Prevención del suicidio: Propone el abordaje coordinado interdisciplinario e intersectorial biopsicosocial de la problemática del
LEY 29.994	Código Civil y Comercial de la Nación: Libro Primero. Título Primero y
LEY 26.378	Convención sobre los Derechos de Discapacidad
LEY 26.934	Plan integral para el abordaje de los Consumos problemáticos: en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales

Fuente: Elaboración propia en base a las leyes de la Nación Argentina, con relación a la salud integral de los y las adolescentes (232) (234) (222) (229) (226) (225) (236) (237).

6.3.2: Marco Normativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación con los derechos de los Niños Niñas y Adolescentes: Leyes referidas a la salud y a la salud integral en la adolescencia en CABA:

La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: En el Art. 2do. Dedicado a la salud garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente, así como también garantiza la atención integral del embarazo, parto, puerperio y de la niñez hasta el primer año de vida, asegura su protección y asistencia integral, social y nutricional, promoviendo la lactancia materna, propendiendo a su normal crecimiento y con especial dedicación hacia los núcleos poblacionales carenciados y desprotegidos. El artículo 21 de la Constitución dispuso que la Legislatura debía sancionar una Ley Básica de Salud de acuerdo con los lineamientos que el mismo artículo enumera, en un término no mayor de un año a partir del funcionamiento de esta ⁽²³⁸⁾.

LEY 153: Ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires, enumera los principios en los que se sustenta el derecho a la salud integral, y como se organiza el área estatal y se desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel. Determina la articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del

conurbano bonaerense para generar políticas que comprendan el área metropolitana; y concentra políticas sanitarias con los gobiernos nacionales, provinciales y municipales. Promueve la maternidad y paternidad responsables., y para tal fin pone a disposición de las personas la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos. El sistema trata de transmitir a la población un concepto positivo de la salud poniendo el acento en la atención primaria, la prevención y la educación, en tanto el sistema anterior ponía el énfasis en el tratamiento de la enfermedad declarada. El subsector estatal se organiza sobre la base de tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución. El primer nivel comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias (238)

LEY 114: Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Los derechos y garantías enumerados en la presente ley deben entenderse complementarios de otros reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, los Tratados Internacionales en los que el Estado Argentino sea parte y la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires. Los derechos y garantías enumerados en la presente ley deben entenderse complementarios de otros reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, los Tratados Internacionales en los que el Estado Argentino sea parte y la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (58)

LEY 147 y ANEXO de la LEY 114: convenio para la utilización por parte de “EL GOBIERNO” de los recursos que le asigne el Programa Materno Infantil con destino al área de Salud Materno Infantil, los cuales se incorporan al presupuesto ordinario 1998, con identificación de la fuente de financiamiento de origen nacional para programas sociales, para el que regirán las siguientes cláusulas y condiciones ⁽²³⁹⁾.

LEY 5463: Sistema Integrado de Indicadores de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, cuya finalidad es proveer información integral, relevante, mensurable, confiable y oportuna sobre la situación de la niñez y adolescencia en la Ciudad de Buenos Aires. Se entiende por indicadores de derechos de niños, niñas y adolescentes a aquellas variables estadísticas que establecen correspondencia con los derechos consagrados por la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, ratificados por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley Nacional N° 26.061 y la Ley CABA 114, que permiten medir y cuantificar el acceso de dicha población a sus derechos ⁽²⁴⁰⁾.

LEY 2881: condiciones de habilitación y funcionamiento de los establecimientos u organismos de atención para el cuidado de niñas, niños y adolescentes. Todos estos establecimientos deben desarrollar sus actividades de acuerdo a los principios enmarcados en la Ley N° 114 y en la Ley N° 445. Se considera “Hogar de Niñas,

Niños, y Adolescentes” el establecimiento que brinda servicios de alojamiento transitorio, alimentación, higiene y recreación activa o pasiva, a título oneroso o gratuito, a niños, niñas y adolescentes en un espacio convivencial acorde a los fines propuestos en el proyecto institucional bajo los principios enmarcados en el Art. 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, en el Art. 39 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la Ley Nacional 26.061 y en la Ley 114. Dichos establecimientos deberán planificar y promover la re vinculación familiar y el acompañamiento de las niños, niñas y adolescentes alojados, asegurar la educación primaria, secundaria u otras modalidades educativas, capacitación laboral, atención integral de la salud, recreación y esparcimiento de acuerdo con las características del niño, niña o adolescente, utilizando los servicios públicos estatales y/o privados más cercanos al establecimiento y garantizando su atención las 24 horas del día los 12 meses del año ⁽²⁴¹⁾.

Ley 1723: Garantiza la prevención y protección de la salud de los menores de 18 años que padezcan las consecuencias del abuso del consumo de alcohol, en virtud de lo establecido en el artículo 23 de la Ley N.º 114 y la Ley Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo (Ley N.º 24.788), a través de su inserción en programas comunitarios que garanticen el disfrute del nivel más alto de salud. Primer nivel de atención. Cuando un niño, niña y/o adolescente arribe a establecimientos asistenciales o efectores del subsector estatal de la seguridad social y/o privado, bajo los efectos del consumo abusivo de alcohol, asociado o no a otros trastornos, será

asistido en todo lo pertinente a la atención integral de su salud y se dará aviso, a través del servicio social, a sus padres, tutores, representantes y/o responsables para que concurran a tomar conocimiento de la situación que padece y se les proponga una intervención de orientación respecto del problema diagnosticado ⁽²⁴²⁾.

LEY 2318: Garantizar una política integral y sistemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires a través de la instrumentación de un plan integral especializado, dependiente del Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Establece un Plan integral que entre sus lineamientos generales expresa Desarrollar estrategias preventivas Disminuir la exposición a situaciones que promueven el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, en la población general y en especial en la población de niños, niñas y adolescentes y disminuir la vulnerabilidad de los habitantes en general y, en particular, de los grupos de niños, niñas y adolescentes ⁽²⁴³⁾.

LEY 418: garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable, y regula por la presente ley las acciones destinadas a tal fin ⁽²⁴⁴⁾.

A continuación, se muestra el cuadro 24, donde consta el número de la Ley y una breve síntesis de su contenido

Cuadro 24 Cuadro de síntesis de las Leyes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con relación a la salud integral de los y las Adolescentes

ley numero	contenido	año
consitucion de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires	Garantiza el derecho a la salud integral	1994
153	Ley de salud	2001
114	Proteccion integral de niños niñas y adolescentes	1998
5463	Sistema integrado de indicadores de Derechos de niñas, niñas y adolescentes	2015
2881	Establecimientos para el cuidado de niñas, niños y adolescentes	2008
1723	prevencion y proteccion de la salud de los menores de 18 años que padezcan las consecuencias del abuso de consumo de alcohol en virtud de los establecido por el art 23 de la Ley 114 y la Ley Nacional de lucha contra el alcoholismo (ley 24788) a traves de su incersion en programas comunitarios que garanticen el nivel mas alto de salud	2005
2318	Politica integral y sistematica sobre el consumo de sustancias psicoactivas y de otras practicas de riesgo adictivo, en el ambito de la Cudad de Buenos Aires a traves de la implementacion de un plan integral.	2007
418	Garantiza Políticas orientadas a la promocion y desarrollo de la salud reproductiva y la procreacion responsable y egula las acciones para talfin	2000
2316	Ley consentimiento informado	2003

Fuente: Elaboración propia en base a las leyes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con relación a la salud integral de los y las adolescentes (240) (241) (243) (237).

6.3.3.: Derechos relacionados con la atención de la salud integral en la Constitución Nacional Argentina

Los derechos Humanos reconocidos en la Constitución Nacional Argentina desde 1994, son individuales e independientes, tal como los reconoce la Convención de los derechos del niño, niñas y adolescentes (NNYA) no pueden ser fragmentados, en su ejercicio, garantía o protección, sobre todo en relación con la salud, en tanto que no se puede garantizar la salud física, sin garantizar, la mental y lo social, o el tratamiento de la enfermedad y no su prevención.

Por lo dicho anteriormente, se deben tomar las medidas necesarias para alcanzar todos los aspectos necesarios relacionados con la salud integral, entre ellos del reconocimiento de los derechos, que están relacionados con cualquier vulneración como el acceso a la anticoncepción por parte de los NNYA vinculado con el derecho a la salud, a la vida, dignidad, información, libertad, educación, e integridad ⁽²⁴⁵⁾.

Los profesionales de la salud, según refiere la Dra. Eugenia Soubies ⁽²⁴⁶⁾, tienen la obligación específica de velar por el acceso a la atención prioritaria de la salud de los NNYA, y acompañarlos para que desarrollen progresivamente su autonomía, lo cual implica cumplir las pautas establecidas en el acuerdo con el Comité de los derechos

del niño de las Naciones Unidas en el año 2013, en el que se hace referencia a diferentes acciones a cumplir : 1) atención a los y las adolescentes en especial en el primer nivel de atención que no rechacen o expulsen;2) acciones sanitarias en el nivel individual, familiar y comunitaria, para la promoción, prevención y recuperación de la salud de los NNYA;3) acciones flexibles y según necesidades; 4) lenguaje apropiado, para la vinculación, con privacidad y confidencialidad y 5) articulación con otros sectores para garantizar integralidad y generar protocolos y normas para situaciones de alta incidencia, mecanismos de derivación y seguimiento

Un estudio realizado en el año 2010 por el Instituto de Genero y Derecho de la República Argentina, en las Ciudades de Córdoba, Formosa, Misiones, Santa Fe y Tucumán, exploro el conocimiento de algunas cuestiones, de salud de los adolescentes, donde las autoras describen que muchas veces se ven situaciones de vulneración de derechos en los espacios institucionales de salud que no son reconocidas como tales, ya que ciertas prácticas se encuentran naturalizadas y no existe registro de la posibilidad de exigir ciertos derechos, siendo algunos puntos a destacar: la actitud de los profesionales en la consulta, los ámbitos de consulta que carecen de privacidad, la falta de comunicación y el no respeto a la confidencialidad, sumado a que el profesional exija el acompañamiento de un adulto como condición para atender a un adolescente entre 15 y 19 años, hacen que en la práctica la atención se realice de manera discontinua, con desconocimiento por parte de los profesionales de las normativas vigentes, y con una restringida mirada en relación al

marco de derechos, a la vez que se manifiestan diversas maneras de prejuicios, mitos y concepciones por parte de los profesionales y equipos que constituyen barreras y obstáculos que no siempre son advertidos por los equipos de salud ⁽²⁴⁷⁾.

Florence Bauer, en el informe del año 2014 de UNICEF en Argentina, insiste en la importancia de desarrollar políticas públicas en relación a los adolescentes que promuevan la protección de los derechos y el acuerdo con los lineamientos de la Convención sobre los derechos de los adolescentes y manifiesta su apoyo al desarrollo de la protección integral de los derechos en especial contra la violencia, el abuso, la explotación sexual y el trabajo infantil, en especial fortaleciendo y trabajando en la autonomía de los adolescentes que les permita un desarrollo y crecimiento adecuado, marcando estilos y hábitos de vida saludables, lo cual nos acerca la mirada a tener en cuenta estas cuestiones en las intervenciones de los profesionales y equipos de salud en los Centros de salud y acción comunitaria desde una mirada de integralidad ⁽²⁴⁸⁾

6.4: Capítulo 4: Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

6.4.1: Encuadre normativo y Organización del sistema:

La norma por la cual se organiza el sistema de salud de la Ciudad es la Ley Básica de salud N°153/99, cuyo objeto es garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y el ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin, y rige en todo el territorio de la Ciudad y alcanza a todas las personas sin excepción, incluidos los y las adolescentes y jóvenes sean residentes o no de la Ciudad , siendo la autoridad de aplicación el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en materia de salud ⁽¹⁶⁾.

Dicha ley, expresa que el primer nivel de atención comprende todas las acciones, y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas, y modalidades ambulatorias, contando con efectores definidos en dicha ley como centros de salud monovalentes y polivalentes, en las que se realizan las acciones de salud.

La organización del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), tiene recursos de dependencia estatal, de la seguridad social y privada, siendo el sector estatal, el que tiene un rol rector y organizador del conjunto del

sistema, además de proveer servicios de salud a todas las personas sin excepción, a través de la red de hospitales, Centros de salud y acción comunitaria (Cesac), Centros Médicos Barriales(CMB).

Los lineamientos estratégicos están centrados en las necesidades de la comunidad y los sujetos que se acercan al sistema, así como en favorecer el desarrollo profesional continuo y eficiente, pudiendo centrarse dichos lineamientos a partir de los siguientes objetivos: 1-Fortalecer la Red pública de Cuidados integrales-Perfilar la Red de hospitales-Mejorar el impacto sanitario de los recursos disponibles-ampliar el sistema de información y comunicación-favorecer acuerdos y planificación intersectorial (249).

En la medida en que se considera la complejidad hacia donde se orienta dicha mejora del sistema, es importante tener en cuenta ciertos cambios desde una visión sistémica, el compromiso de los actores, la decisión política, la integración de niveles y a la vez reformulación de estructuras y nuevas reconsideraciones organizacionales de profesionales, espacios y equipos de salud a fin de favorecer una integración en los cuidados, y una regionalización Preferente.

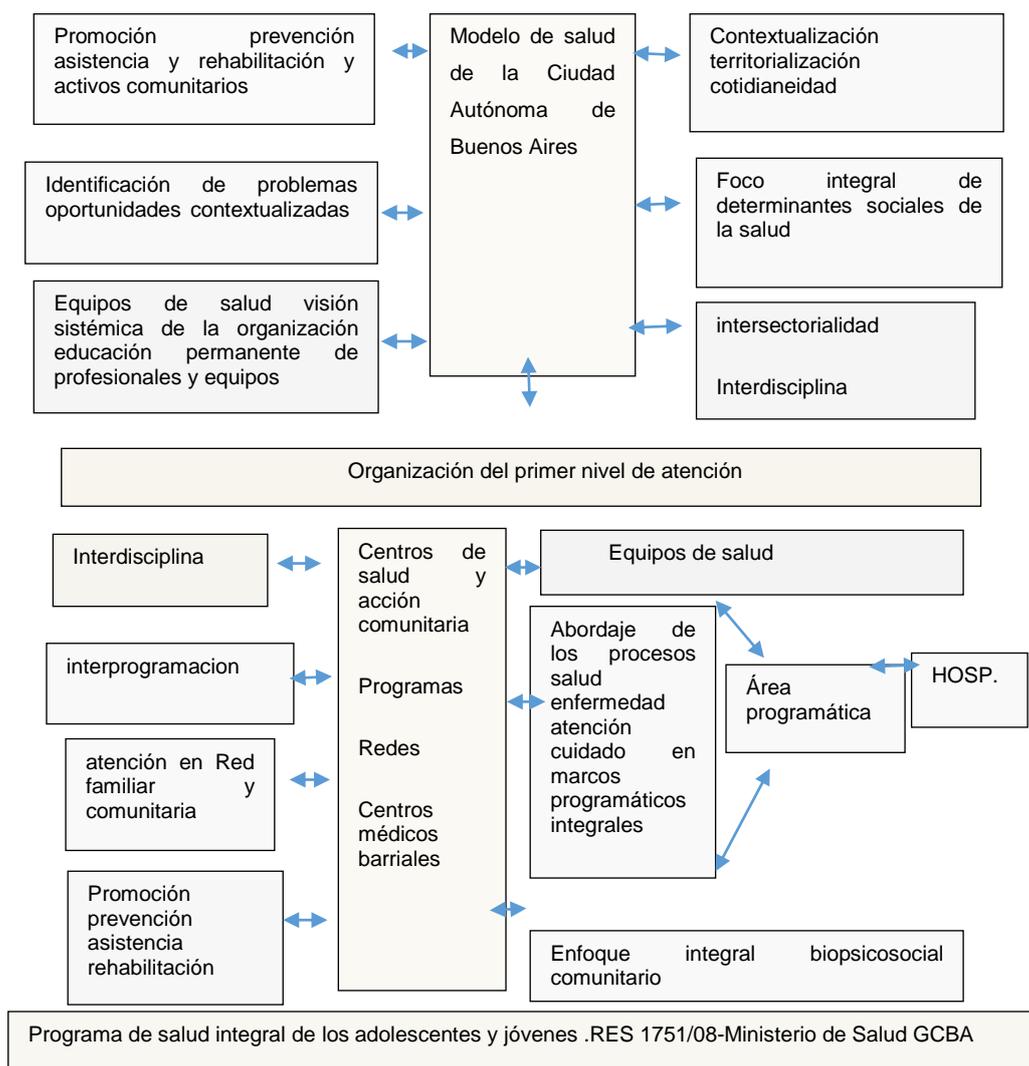
La integración de cuidados refiere a la prestación de servicios en forma escalonada desde la coordinación de los diferentes niveles de atención, para satisfacer las necesidades de la población adolescente, a partir de las problemáticas como eje funcional desde la cual se puedan implementar distintas instancias, que refieran a diferentes espacios organizativos de intervención.

La Regionalización Preferente está dirigida a la atención ambulatoria de los Centros de Salud, en el primer nivel de atención, contextualizada, cotidiana, y referida a la territorialización de la atención, de salud lo más cercano posible al domicilio de las personas.

En el cuadro 26, se trata de mostrar los ejes de gestión del modelo de atención de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, presentado en el Manual de introducción al trabajo en el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (2015); la organización del primer nivel de atención, las Áreas Programáticas, los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac), la articulación con los Hospitales Generales, y se destaca el Programa de Salud integral de adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Resolución 1751-MSGC/08).

Cuadro 25 Ejes de gestión de la atención de salud de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires



Fuente; Elaboración propia, tomando como base los componentes de la gestión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (249).

6.4.2: Comunas y Centros de salud y acción comunitaria: características, estructura y población adolescente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

El primer nivel de atención se gestiona en las Áreas Programáticas, en los Centros de Salud y Acción Comunitaria(Cesac) y Centros Médicos Barriales, y se articulan con los Hospitales Generales a través de dichas Áreas, en relación con los Departamentos de cada Hospital General de Agudos, que son: Salud Escolar, Promoción y Protección Cobertura Porteña de salud ⁽¹⁰⁴⁾ ⁽¹⁰⁵⁾.

En el desarrollo de los cuidados progresivos del paciente, las Áreas Programáticas, cumplen un rol importante en relación con la coordinación y continuidad de los cuidados de los diferentes niveles de complejidad, y actúan en el marco de los ejes y lineamientos del Plan de Salud implementado desde la Subsecretaria de Atención Primaria, ambulatoria y Comunitaria (SSAPAC) ⁽²⁴⁹⁾.

A partir de la sanción de la Constitución de la CABA en 1996, el objetivo de crear Comunas en la Ciudad se manifestó a través de una dilatada secuencia de normas y sucesos: la Ley 1777 de Comunas (2005), diversas disposiciones reglamentarias, la primera elección de autoridades de las quince comunas, y su asunción en diciembre de ese año ⁽²⁵⁰⁾.

En general, este proceso ha estado inspirado en la creencia de que el acercamiento territorial de los órganos de gobierno a los ciudadanos facilita la identificación de necesidades sociales, hace más eficiente la aplicación de las políticas públicas, y promueve la participación democrática. Sin embargo, las competencias otorgadas a las comunas porteñas son escasas, y su ampliación será probablemente paulatina y prolongada ⁽²⁵¹⁾.

La perspectiva de las Comunas fue valorada tempranamente desde el sector salud, al punto que la Ley 153 Básica de Salud definió como límites para la organización territorial en áreas de salud, los que fueran a tener las Comunas cuando fueran creadas, afirma el Dr. Pablo Bonazzola, en su artículo sobre Políticas y Organización del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, reconociendo que las mismas son unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial, a la vez que constituyen esencialmente una descentralización política, ya que se crea un gobierno local electo –un órgano colegiado de siete miembros- con competencias de rango constitucional ⁽¹⁰⁴⁾.

Las competencias comunales, se encuentran establecidas en la Ley 1777-Art 3ero. Y refieren a la promoción de la descentralización y desconcentración de las funciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, preservando su integridad territorial; la participación de la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones, y en

el control de asuntos públicos, promover mecanismos de democracia directa, mejorar la eficiencia y calidad de las prestaciones que brinda el Gobierno de la Ciudad, implementar medidas de equidad, redistribución y compensación de diferencias estructurales a favor de las zonas más desfavorables de la ciudad; preservar, recuperar, proteger y difundir el patrimonio y la identidad cultural de los barrios, consolidar la cultura democrática participativa, cuidar el interés general de la Ciudad y asegurar el desarrollo sustentable, las cuales son extensivas a los programas de salud y en especial al Programa de salud integral de los y las Adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ⁽²⁵²⁾.

Dichas competencias, en relación a espacios locales combinados con la descentralización política con el área de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, reformulan diferentes características en cuestiones de planificación local de acciones de promoción y prevención de las políticas públicas de salud de los y las adolescentes, así como el control de cuestiones medioambientales sumado a la referencia de la autoridad local técnica sanitaria con funciones en la organización del primer nivel de atención, la vigilancia epidemiológica y sanitaria en relación al ejercicio de los derechos ciudadanos en especial al derecho a la salud de este grupo de edad ⁽²⁵³⁾⁽¹⁰⁴⁾

Los habitantes de las comunas en términos generales son sujetos titulares de derecho, por lo cual la participación ciudadana debe ser facilitada, por los profesionales y equipos de salud, así como también la información adecuada y actualizada desde los programas hacia los adolescentes, con una adecuación de las prestaciones e intervenciones de los efectores del primer nivel de atención como los Centros de Salud y Acción comunitaria con relación a las necesidades, favorecida por el trabajo interdisciplinario, la conformación de equipos, las acciones intersectoriales y el desarrollo de nuevas prácticas de mayor eficacia ⁽¹⁰⁵⁾.

Cabe destacar que los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac), en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (CABA) son la estructura funcional y física, donde se desarrollan todas las actividades propias de la atención primaria, en relación a actividades de promoción, prevención, asistencia curativa, rehabilitación, reinserción social, considerando la participación comunitaria, permitiendo el desarrollo de la mayoría de las acciones de la APS, que en la actualidad no trabajan en función de la población, asignada o a cargo, tal como lo expresa el Dr. Lemus, Jorge y colaboradores en su libro Salud Pública, sistemas y servicios de salud ⁽²⁵⁴⁾.

Estos centros implementan acciones de prevención en conjunto con la comunidad, y los equipos interdisciplinarios están integrados por médicos generalistas, clínicos, pediatras, psiquiatras, toco-ginecólogos, enfermeros, trabajadores sociales,

psicólogos y obstétricas, odontólogos, fonoaudiólogas, psicopedagogos, nutricionistas, en el marco de programas acorde a los principios de atención primaria de la salud ⁽¹⁶⁾.

Desde el Centro de Salud Comunitario (CESAC), se fundamentan, las acciones programadas, que componen los equipos interdisciplinarios en relación con diferentes marcos programáticos y el desarrollo de las acciones desde dentro o fuera del Centros de salud como ámbitos escolares, domiciliarios, o comunitarios, y pensadas para abordar en primera instancia los problemas de salud de la población e implementan programas en el marco de la APS ⁽¹⁸²⁾ ⁽²⁵⁵⁾.

El objetivo de los equipos profesionales es considerar tanto la mejora continua en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención, desde la interfase entre la Estrategia de Atención Primaria y el campo de la salud pública, como la conjunción de acciones e intervenciones, que construyen la lógica de salud integral el trabajo en la comunidad, la planificación, las prácticas integrativas y los aspectos organizacionales.

Cuadro 26: Centros de salud y Acción comunitaria (Cesac) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, hospitales generales de referencia y comunas de referencia

cesac	hospital	comuna
34	Alvarez	11
15	Argerich	1
9	Argerich	4
41	Argerich	4
38	Durand	5
22	Durand	15
17	Fernandez	4
25	Fernandez	1
26	Fernandez	14
21	Fernandez	1
1	Penna	4
8	Penna	4
10	Penna	4
16	Penna	4
30	Penna	4
32	Penna	4
35	Penna	4
39	Penna	4
31	Piñero	4
19	Piñero	7
20	Piñero	7
40	Piñero	7
6	Piñero	8
24	Piñero	8
44	Piñero	8
14	Piñero	9
13	Piñero	9
18	Piñero	8
43	Piñero	8
2	Pirovano	12
12	Pirovano	12
27	Pirovano	12
11	Ramos Mejia	3
45	Ramos Mejia	3
3	Santojanni	8
5	Santojanni	8
7	Santojanni	8
28	Santojanni	8
4	Santojanni	9
29	Santojanni	9
37	Santojanni	9
33	tornu	14
36	Velez Sasrfield	10

Fuente: Elaboración propia en base a los datos elaborados por el Ministerio de salud Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (16).

6.5: Capítulo 5: Situación actual de los y las adolescentes en la Argentina: Programa Nacional y nuevos perfiles de salud -enfermedad

6.5.1: Programa Nacional de salud integral de los adolescentes

El Programa Nacional de salud Integral de los adolescentes, tiene en cuenta el ciclo de vida adolescente, como una fase específica en el ciclo de vida humano en relación a los diferentes cambios políticos, sociales, económicos, educativos y de género en correspondencia con la significación que opera en relación a este grupo de edad, aborda la salud como un derecho humano y social y enmarca sus acciones en la Convención de los Derechos del niño de rango constitucional, en el marco de la ley 26061 de Protección integral de los niños, niñas y adolescentes que garantiza la salud integral en su Art. 14, en la ley 25673 de Salud Sexual y procreación responsable y en la ley 26529 de los Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado ⁽²⁰⁾.

Dicho programa promueve y difunde el derecho de los y las adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin la obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco de la confidencialidad y parte de una lógica de salud integral y de los Determinantes sociales, teniendo en cuenta en dicha perspectiva, no solamente el concepto médico, sino también el social, cultural y psíquico, que incluye aspectos de la estructura económica social, cultural, de las

condiciones de vida, y aspectos emocionales, vinculares y relacionales, sumado a la importancia de las acciones desde el campo de la salud, intersectoriales e interdisciplinarias (49) (134) (256).

Los objetivos del Programa Nacional de salud integral de los adolescentes en la República Argentina en sus lineamientos modifica la mirada, estrategias y formas de comunicación, relación, y atención entre los profesionales y equipos con los adolescentes, desde ejes que contemplan la igualdad de derechos, y consideran a los adolescentes personas sujetos plenos de derecho, con una particular vulnerabilidad por el ciclo de vida en el que transcurre, por lo cual el Estado debe proteger y asegurar la igualdad de acceso (19) (257).

En el desarrollo de los fundamentos se encuentran diferentes líneas relacionadas con el acceso de calidad al servicio de atención a partir de favorecer las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de los y las adolescentes y también se considera como una herramienta del Estado para facilitar la construcción de la salud integral de todos los actores, profesionales, equipos, población y beneficiarios, el acceso a medicamentos y vacunas; favorecer hábitos y estilos de vida saludables; contribuir a la construcción de proyectos de vida, incorporar la perspectiva de género y masculinidades en el sistema de salud; disminuir la morbimortalidad por gestación,

el embarazo no planificado; disminuir la morbimortalidad por causas externas, y el consumo problemático de alcohol y /u otras sustancias ⁽²⁵⁶⁾ (19).

En el marco de contenidos su coordinador, Dr. Escobar, refuerza la relación con cierto tipo de estrategias a fin de favorecer el acceso y la cobertura, fortaleciendo la red de referentes, la adaptación de los servicios a la atención de salud de los adolescentes desde el reconocimiento de un equipo interdisciplinario de referencia con un paquete de prestaciones, trabajo intersectorial y espacios de capacitación, en el primer nivel de atención, a la vez que toma como ejes facilitadores de acceso al sistema, el derecho a la confidencialidad y a la autonomía, en base a las normas y leyes existentes ⁽¹³⁴⁾ (19).

Dichas estrategias tienen en cuenta los procesos sociales, históricos y culturales, propios de las condiciones y características que conforman el contexto de cada adolescente, por lo cual, se compone de la evaluación de factores determinantes sociales e intermedios de la salud, a fin de diseñar, y planificar estrategias de promoción, prevención y recuperación de afectaciones de la salud, conjuntamente con la familia, la comunidad, y la referencia de redes de sostén vincular y social, desde una lógica de integralidad en las intervenciones del equipo de salud en un marco de territorialidad ⁽¹⁷⁾.

El paradigma de protección integral de derechos, sustentado en el Programa Nacional, tal como lo indica Mary Belloff refiere en forma directa a la protección de derechos humanos en forma abierta y tal como ha sido mencionado anteriormente ya que es un componente de la lógica de salud integral de los y las adolescentes, en la medida en que se los consideran sujetos titulares de derechos, y según sus capacidades pueden ejercerlos autónomamente, teniendo en cuenta el marco de la Convención Internacional de los derechos del niño, así como también los instrumentos específicos de la Argentina de protección de derechos y la relación con los marcos de acuerdo internacionales ⁽²⁵⁸⁾.

Las características que se han detallado, forman parte y constituyen la red de confianza de los Niños, niñas y adolescentes explicitado en el marco del Programa Nacional de salud integral de los adolescentes de la República Argentina con relación al modelo integral de protección de derechos, basada en ciertos lineamientos como 1) El rol de acompañamiento de adultos responsables, haciendo referencia a su grupo familiar y progenitores y además por otras personas de confianza, en este caso haciendo referencia a los profesionales de salud que permitan ejercer sus derechos, desarrollar su plan de vida y completar su formación ;2) El estado como garante del cumplimiento y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, con referencia a todos los niveles y mecanismos para su protección, evitar daños, restituir situaciones de vulneración y sancionar a quienes obstruyan o dificulten el ejercicio de los derechos;3) la comunidad como fuente de apoyo en el desarrollo autónomo y

pleno, desde el acompañamiento en el proceso de formación a partir de los organismos públicos encargados de la protección y restitución de los derechos de los Niños niñas y adolescentes, ante los cuales los profesionales de la salud, pueden comunicar al estado situaciones para activar los mecanismos para evitar la lesión de los derechos, daño o agravamiento, dicha comunicación sirve para la integración de los equipos de intervención institucional para el abordaje integral de la atención de salud con relación a aspectos físicos, psíquicos y sociales ⁽²⁵⁷⁾.

Los profesionales de salud, tal como lo menciona el Programa Nacional de salud integral del Adolescente de Argentina, y el documento técnico de la Dirección de Salud Integral de los Adolescentes de Perú, están obligados a acompañar a los niños, niñas y adolescentes para que desarrollen progresivamente su autonomía, brindándoles toda la información relacionada con la salud, en el marco de respeto de los derechos, la confidencialidad, privacidad y atención de la salud, sumado a la necesidad de activar articulaciones entre los profesionales y equipos, tanto organizativas, institucionales e interinstitucionales, teniendo en cuenta derivaciones, interconsultas, orientaciones, recepciones y admisiones desde el marco de la protección de derechos ⁽²⁵⁹⁾.

Las estrategias y características mencionadas refieren al marco establecido por el Programa Nacional de Salud integral de los y las Adolescentes en la Argentina,

(PNSIA), con relación al cumplimiento de los derechos en especial al derecho a la salud, el paradigma de protección integral de Derechos de los y las adolescentes de la República Argentina y forman parte del campo de las prácticas de los profesionales y equipos de salud, con ejes en facilitadores de accesibilidad respeto a la confidencialidad y autonomía en base a las leyes existentes, promoviendo el diseño de las intervenciones cotidianas y territoriales, proyectos de vida perspectiva de derechos, la disminución de la morbilidad, la mortalidad, el embarazo no planificado, el consumo problemático, en cuenta como facilitadores y promotores, las acciones, e intervenciones profesionales y de los equipos para fortalecer la red de referentes, la reorganización de los servicios de salud, la intersectorialidad, la interdisciplina, la capacitación y educación permanente, y los espacios organizacionales contextuales y territoriales en un marco de cotidianeidad, direccionados al respeto, la confidencialidad y la autonomía de los sujetos de este grupo de edad a partir de la construcción de la lógica de salud integral, de la convención de los Derechos del niño: tal como se intenta mostrar en el cuadro 27 ⁽²⁵⁶⁾ ⁽⁶²⁾ ⁽²⁵⁷⁾.

6.5.2: Nuevos perfiles de la salud-enfermedad de los y las Adolescentes en Argentina: Salud nutricional. Consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, bebidas energizantes, tabaco, fecundidad adolescente y causas externas.

No es suficiente, para fortalecer una política pública en relación con la lógica de salud integral de los y las adolescentes la existencia solamente de un programa tanto Nacional como de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sino que, además, dichos programas deben poder ser reconocidos y considerados por los profesionales y equipos los intereses, necesidades y cosmovisiones, de los sujetos en este curso de vida como elementos enriquecedores de las problemáticas de salud que los afectan, y poder en la realidad posibilitar nuevos caminos para la superación de los mismos (49) (17) (57).

La necesidad de promover un acercamiento respecto de las visiones de los profesionales de salud, desde los Centros de Salud comunitaria, implica una orientación de sus miradas en torno a los y las adolescentes desde el reconocimiento como sujetos de derecho para tener en cuenta su impacto con relación a conductas, actitudes, visiones y comportamientos en relación a los contextos, cotidianeidad y territorialidad desde donde se forjan el sistema de valores y creencias en los nuevos escenarios y la relación con los procesos y espacios de organización de la producción de salud, intervenciones, acciones y educación permanente de los profesionales y

equipos ⁽²⁶⁰⁾, refieren a la necesidad de un reconocimiento de las problemáticas complejas referidas a la salud , tal como lo menciona Rolando García, ya que se suman aspectos físicos-biológicos- niveles de producción, tecnologías, organización social, y economía, se caracterizan por la confluencia de múltiples procesos, y cuyas interrelaciones, constituyen la estructura de un sistema ⁽²⁶¹⁾

Las causas relevantes de morbimortalidad en los y las adolescentes asumen un nuevo perfil y conforman nuevos escenarios en los que se presentan necesidades y problemáticas que ponen en evidencia estereotipos entre mujeres y varones acompañados de componentes psicosociales como las referidas al HIV, el incremento de la violencia, el maltrato, la discapacidad, la salud nutricional, el consumo de alcohol, tabaco y sustancias, y las acciones de prevención en salud sexual y reproductiva en relación con la fecundidad temprana es decir antes de los 15 años, y tardía entre los 15 y los 19 años, que denotan cierta ausencia de prioridad en la política pública en torno al enfoque integral que debe prevalecer en torno a requerimientos que posibiliten el pleno desarrollo, capacidades y habilidades de los sujetos en este ciclo de vida ⁽²⁰⁰⁾.

Dichos perfiles ponen en evidencia que los estereotipos entre varones y mujeres no son los mismos, y presentan en la actualidad diferencias significativas con relación a aspectos nutricionales, consumo de alcohol, de sustancias psicoactivas, en el

consumo de bebidas energizantes, y de las combinaciones con alcohol que, en relación a las prevalencias de vida, año y mes, en la actualidad tiende a ser más alto en las mujeres, así como también, la violencia, maltrato, tabaquismo, entre otras, que conforman nuevas situaciones en especial desde el campo de la salud pública en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) donde se evidencia cada vez más la necesidad de un diseño de política pública articuladora e integradora tanto con referencia a los propios profesionales, como a la comunidad y con relación a los sujetos que transitan este ciclo de vida, para el reconocimiento de aspectos emocionales, adaptación social, exclusión y discriminación que inciden significativamente en la salud de la población adolescente y se relacionan con el diseño de respuesta e intervenciones y con acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación desde el primer nivel de atención con base ambulatoria (134) (140) (262).

Los conceptos anteriores se fundamentan en trabajos presentados como la Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes realizada en el año 2012; la Encuesta Mundial de salud Escolar, (EMSE) (257), realizada por el Ministerio de salud en el año 2012; estudios sobre consumo de sustancias, y Encuesta Nacional de salud sexual y Reproductiva del año 2013 (263), desde los cuales se presentan prevalencias superiores en las mujeres con relación a las consultas al sistema de salud (264), que la mayor parte de los adolescentes prueba fumar por primera vez antes de los 12 años, el mayor porcentaje de muertes en la adolescencia afecta a los varones, que

acumulan un 70% de las defunciones anuales, y que se explica la diferencia entre varones y mujeres por causas externas, en particular por las lesiones no intencionales que resultan de lesiones de tránsito (30%), suicidios(13%) y homicidios(8), a los que se suman los eventos no determinados(9%) siendo mayor el riesgo de morir para los varones que para las mujeres, siendo significativo el aumento de las causas externas, sobre todo entre los varones entre los 15 y los 19 años, el 62% de los varones y el 52% de las mujeres entre 15 y 19 años de todo el país, ha tenido su primera relación sexual, pudiéndose demostrar en esta encuesta que cuanto menor es la edad de iniciación sexual mayor es la proporción de iniciaciones no queridas y hasta forzadas y que la maternidad en la Argentina es mucho más frecuente entre las jóvenes con menor nivel de instrucción, a la vez que surge de varias investigaciones que las madres adolescentes se encuentran en una situación de vulnerabilidad tanto en cuanto a la cobertura de salud, como a la calidad de vivienda en que habitan, debiendo ser especialmente considerado el segmento de menores de 15 años, ya que su edad las hace vulnerables a embarazos producto de violaciones u otras formas de coerción, con parejas que no se harán cargo de la paternidad (257) (39) (265).

El suicidio en Argentina se encuentra como una de las principales causas de muerte entre los adolescentes y jóvenes, es la segunda causa de defunción entre 10 y 19 años, y se reconoce una mortalidad más elevada entre el grupo etario de 15 a 19 años, teniendo en cuenta que ha descendido muy paulatinamente desde el 2002, a pesar que en la actualidad se observa una transformación en el perfil etario que

identifica a los y las adolescentes como población de alto riesgo ⁽¹⁴⁰⁾ ⁽²⁶⁴⁾, la violencia lesiones y síndrome de maltrato, que incluye negligencia, abandono, abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico, formas mixtas, efectos del abuso, y otras, no especificados, aumenta significativamente la prevalencia en las mujeres, en especial con relación al envenenamiento, y síndromes de maltrato, y en relación con traumatismos, envenenamiento, corrosiones, se puede observar, a pesar de no contar con un registro completo, la intencionalidad de estas lesiones, y se registran en mayor proporción entre varones, lo cual hace pensar en la necesidad de ser enfocadas y consideradas de manera particular, teniendo en cuenta el contexto desde los profesionales y equipos ya que se manifiestan desde necesidades específicas, por lo cual deben reconocer que la manera en que se brinde la atención influirá en el aprovechamiento de los recursos, en la calidad de las intervenciones, y en el nivel de impacto en la salud de los y las adolescentes ⁽²⁵⁷⁾ ⁽²⁶⁶⁾.

En línea con lo dicho anteriormente es apropiado hacer referencia a un estudio realizado por el Instituto de Género, derecho y desarrollo,(INSGENAR), en el cual se destacan situaciones de vulneración de derechos en espacios institucionales de salud que no son reconocidos muchas veces como tales teniendo que ser encarados ciertos puntos desde los espacios situacionales que deben ser considerados entre los profesionales y los beneficiarios, como el nivel de impacto en la autoestima en relación con la actitud de los profesionales de salud durante la consulta, la carencia de condiciones de privacidad, la falta de comunicación y respeto a la confidencialidad,

las veces en que los profesionales exigen el acompañamiento de un adulto como condición para la atención, el respecto a problemáticas como las que se ha hecho referencia, para que no sean barreras de acceso y que desde los profesionales y equipos, se relacionan con desconocimiento del marco legal, temor a la exposición, prejuicios y/o creencias ⁽¹⁷⁾ ⁽²⁴⁷⁾ ⁽²⁵⁷⁾.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva, un estudio realizado en Chile en el año 2010, referido a las barreras de acceso a los espacios de atención a adolescentes en los Centros de salud comunitaria para la prevención del embarazo adolescente no planificado, dirigido por la antropóloga Michelle Spencer, expresa que las acciones existentes se enfocan a la atención del embarazo adolescente una vez que se produce, se identifica una falta de difusión del enfoque integral que promueve en la actualidad el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes. recomienda implementar espacios de atención para las adolescentes diferentes a las de la población general, con el fin de proteger su intimidad y la confidencialidad de la atención, buscar formas creativas para gestionar el circuito de atención en el sistema, y facilitar la construcción de redes comunitarias e integradas de servicios para los y las adolescentes de forma innovadora, teniendo en cuenta las particularidades locales de cada contexto, estructura del centro y población y territorio ⁽²⁶⁷⁾.

6.6.: Capítulo 6: Programa de los y las adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Resolución 1751/08 MSGCBA).

6.6.1: Características generales del Programa de los y las adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Población adolescente por comunas y sexo; Objetivos del Programa. Población destinataria.

La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en sus Art.20 y 21 ⁽²³⁸⁾ garantiza el derecho a la salud integral de las personas, especialmente vinculado con la atención integral de la salud en la niñez y la adolescencia y prioriza las acciones en poblaciones y comunidades vulnerables, carenciados y desprotegidos ⁽²⁴¹⁾, a la vez que la Ley 114 de Protección integral de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ⁽²⁴⁰⁾, promueve la superación de los obstáculos que limiten el pleno desarrollo de los niños, niñas y /o adolescentes, así como la implementación de medidas jurídicas, operativas o programáticas por parte del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para dar efectividad a los derechos, reconocidos a dicha población ⁽¹⁰⁴⁾.

El marco normativo presentado, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res.1751/08MSGC), sirve de referencia para la inclusión e integración de este grupo

poblacional en los servicios de salud, en la medida en que se reconoce su importancia con el desarrollo humano y el desarrollo de las sociedades como políticas públicas e institucionales y organizacionales desde las cuales se puedan reconocer las capacidades y derechos de los adolescentes, así como los procesos, estrategias y acciones integrales para su cumplimiento ⁽¹⁷⁾.

El Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires(Res.1751/08 MSGC) ⁽¹⁷⁾ ⁽²⁶⁸⁾, es el instrumento principal de referencia para acciones de salud enfocadas a los adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires por lo cual es considerado como eje a partir del cual se desarrolla esta propuesta y desde el cual será abordada la lógica de salud integral en las acciones e intervenciones de los profesionales y equipos en los Centros de Salud Comunitaria, la implementación de las acciones integrativas interdisciplinarias e intersectoriales en la organización del trabajo programático, la armonización de las relaciones y vínculos desde el acercamiento a la dimensión relacional, y los espacios organizacionales de cooperación técnica y educación permanente para poder mejorar las respuestas desde los Centros de Salud y Acción comunitaria a las necesidades de los y las adolescentes y promover la accesibilidad de este grupo de edad ⁽¹⁰⁾.

Las características generales que presenta el Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes (RES.1751/08) (268) de la Ciudad Autónoma de Buenos

Aires, como política pública, se orientan a reconocer el derecho a la salud de los y las adolescentes, y el enfoque de género, en las intervenciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, desde una concepción de salud integral con un abordaje interdisciplinario e intersectorial desde los niveles de atención, en especial desde los Centros de salud y acción comunitaria, que se encuentra garantizado por un amplio plexo normativo, al cual se ha hecho referencia en capítulos anteriores : Ley Nacional 26.150; Ley Nacional 26.061; Ley Nacional 26.150; Ley 114; Ley 153; Ley 418; Ley 448; Ley 2598; Ley 2318; Decreto 1036; Decreto 193/05; desde las cuales se reconoce tanto en la Nación Argentina como en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al adolescente como sujeto activo de derecho, con garantías de protección integral, con condiciones de construcción en beneficio de su propia ciudadanía, y por lo cual se demanda de los profesionales y equipos de salud en los Centros de Salud y acción comunitaria, nuevas actitudes, competencias y prácticas de interacción entre sí como con otros sectores intrainstitucionales e interinstitucionales, a fin de contextualizar e incorporar herramientas, técnicas, instrumentos, espacios, procesos y tiempos, para un accionar biopsicosocial con combinación de intervenciones individuales o poblacionales a favor de la salud integral de los y las adolescentes ⁽²⁶⁹⁾.

Dicho programa por sus características destaca la significativa complejidad de los trayectos vitales que presentan los sujetos de este grupo de edad por diversas circunstancias y situaciones y orienta a la vez que acerca la mirada hacia la

aplicación de la lógica de salud integral y la orientación hacia los factores determinantes estructurales e intermedios de la salud en el campo de la salud pública, teniendo en cuenta, lo expresado por M Terris, (93,91), acerca de la salud pública en relación con las intervenciones, acciones y respuestas de los profesionales y equipos y el reconocimiento de las implicancias sociales en las necesidades y problemáticas que presenta este grupo de edad y las respuestas que deben dar los profesionales y equipos desde el primer nivel de atención de salud en base a características personales y competencias específicas con un entrecruzamiento de abordajes poblacionales, individuales, comunitarios, familiares, relacionales y vinculares intrasectorial e intersectorial, los cuales enfocan lineamientos hacia una visión compartida y estratégica que permita una elaboración acerca del sujeto adolescente y su lugar en la política pública, desde el campo de la salud Pública, como sujeto de derecho y desde un enfoque de género (17) (134) (57) (8)

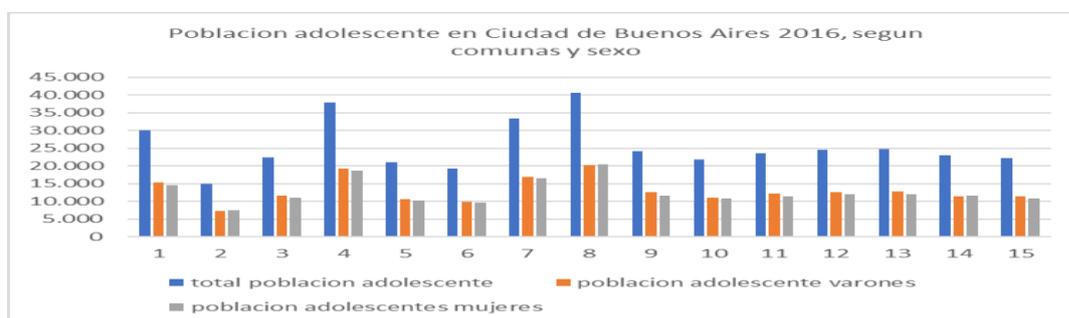
En la actualidad, en base a los datos aportados por la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la población adolescente representa el 12,5% de la población total de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (CABA) (270), tomando la proyección para el año 2016 de la población total de 3.059.122, correspondiendo el mayor número de población adolescente en primer lugar a la comuna 8 con un total de 40.711 que representa el 10.5%, seguida por el total de población adolescente en la comuna 4 de 37.920, que representa el 9.8% del total de los adolescentes (271).

En la Tabla 1: Distribución de la población total adolescentes en la CABA por comuna y por sexo, se trata de mostrar la cantidad de población de cada comuna y se presentan los datos en el gráfico 1: Población adolescente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016, en el cual se destaca la población correspondiente a la comuna 8 y a la comuna 4.

Tabla 1 Distribución de la población total adolescente entre 10 y 19 años en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por comuna y por sexo

comunas	total poblacion adolescente	poblacion adolescente varones	poblacion adolescentes mujeres
1	30.013	15416	14597
2	14935	7363	7572
3	22505	11542	10963
4	37920	19181	18739
5	21028	10694	10334
6	19347	9768	9579
7	33474	16955	16519
8	40711	20195	20516
9	24256	12571	11685
10	21805	10948	10857
11	23569	12200	11369
12	24619	12540	12079
13	24728	12722	12006
14	23038	11372	11666
15	22250	11349	10901
total	384.198	194816	189382

Gráfico 1: Población adolescente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según comunas y sexo



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la Dirección de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (270).

De los diferentes informes obtenidos del Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, surge que el marco estratégico (10), está compuesto por 3 ejes: objetivos, áreas de trabajo; marco de articulación interdisciplinario e intersectorial y espacios de organización y acciones profesionales, y tiene en cuenta aspectos relacionados con la atención de los y las adolescentes, la organización de los profesionales y equipos de salud en el primer nivel de atención en los centros de salud y en los hospitales y la capacitación de los profesionales y equipos en los distintos niveles de atención (106) (17).

Los objetivos del Programa, se enfocan a promover el enfoque de derechos de los sujetos adolescentes, a la capacitación de los profesionales y equipos y revisión y actualización de normativas, adecuar los equipos a prácticas interdisciplinarias y nuevos dispositivos de abordaje; fortalecer la interprogramación e intersectorialidad y promover la integración respecto de temas prioritarios en relación a las problemáticas de los y las adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a la vez que intentan dar cuenta de los circuitos de atención y del enfoque epidemiológico, la comunicación, capacitación, la visión de la salud integral de los profesionales el enfoque de derechos y el abordaje de género, la interprogramación e intersectorialidad, tal como se intenta mostrar en el cuadro 29 desde los objetivos áreas de trabajo y actividades, y en el cuadro 30 a partir de los ejes estratégicos, que apuntan a los espacios de atención en los hospitales y a la configuración de redes de servicios, comunicación teniendo en cuenta lo interprogramático, y los diferentes sectores, Ministerios, organizaciones y espacios de planificación de intervenciones

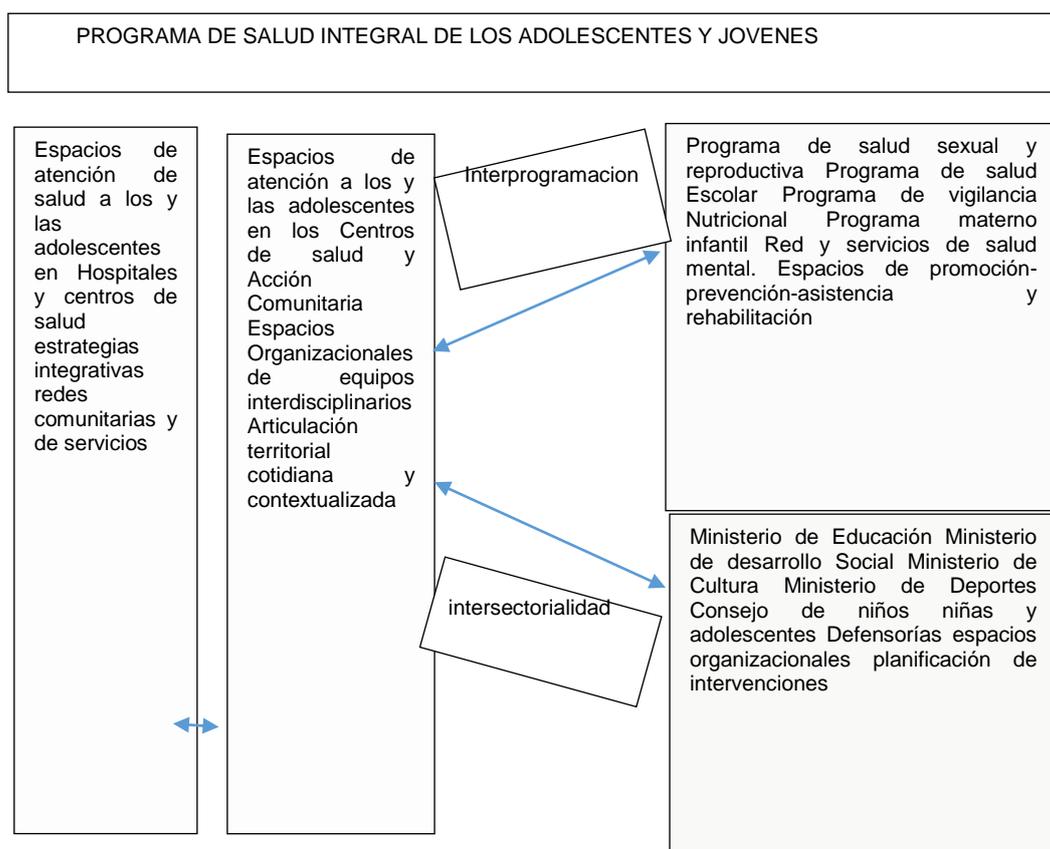
(17).

Cuadro 28: Objetivos, áreas de trabajo y actividades en el marco del programa de salud integral de los Adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

objetivos	areas de trabajo	actividades
mejorar la calidad de red de servicios y espacios de atención de salud integral	Circuitos de atención Hospitales y Centros de salud -equipos interdisciplinarios de los Centros de salud	Actualización de Normas de diagnóstico, tratamientos e Historia Clínica.Organización de Red asistencial y procedimientos de atención entre hospitales y CESACS.
elaboracion de un sistema de informacion de salud integral	enfoque epidemiologico de las acciones locales	Confección de instrumentos de análisis información. epidemiológico con indicadores de morbilidad y mortalidad.Análisis y divulgación de datos epidemiológicos a efectores de salud
desarrollar estrategias comunicacionales e informativas de promocion de salud integral	Comunicación	otimizar y desarrollar actividades orientadas a los grupos de adolescentes, a los profesionales y equipos de salud
Profundizar la capacitación de la logica de salud integral de los equipos interdisciplinarios para adecuarlo a los nuevos dispositivos de abordaje.	fortalecer el enfoque de salud integral, de los profesionales y equipos sobre derechos y enfoque de genero	Identificar e incorporar normativas que tienen a los adolescentes como sujetos de derechos: Ley de Educación Sexual, Ley de SSR, Ley de Salud Mental, Ley de Adicciones, Ley de Salud Escolar.
Elaborar intervenciones y acciones locales en base a la vision de salud integral de los profesionales y equipos respecto de temas integrados (educación, adicciones, violencia, salud sexual y reproductiva).	capacitacion a los profesionales y equipos de salud	Orientar acciones específicas de capacitación con los distintos equipos de salud.Reuniones periodicas y encuentros para planificación y seguimiento de las actividades.
Fortalecer la intersectorialidad con instituciones educativas, socio-recreativas y defensorías.	interprogramatico e intersectorial	planificación con los distintos programas de salud. Identificar acciones Definir objetivos e indicadores comunes

Fuente: Elaboración Propia Elaboración propia en base al marco estratégico del Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (17)

Cuadro 29 Ejes del Marco estratégico del Programa de salud de adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia en base al marco estratégico del Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (17).

6.6.2: Problemáticas complejas: diagnósticos /motivos de consulta de los y las adolescentes en los Centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Los Diagnósticos y motivos de consulta de los y las adolescentes registrados por los profesionales en el sistema de evaluación estadística de los Centros de salud (Sicesac) (D/M) durante el año 2014, en base a la Clasificación internacional de Enfermedades CIE 10 (1) muestra el nivel de complejidad de las problemáticas de este grupo de edad y resalta la necesidad de dialogo en espacios de encuentro interdisciplinarios e intersectoriales, ya que dado el nivel de complejidad ameritan respuestas complejas y abordajes dentro de un marco de razones convincentes, donde aparece la necesidad de diálogo con la teoría y los marcos conceptuales que esta aporta, y la desnaturalización de algunos hechos o sucesos desde espacios organizacionales en lo cotidiano, lo contextual y territorial para re-establecer vínculos y relaciones en espacios de educación permanente y en el diseño de intervenciones (7).

Por medio de la producción de los profesionales en relación a los D/M de los y las adolescentes de los Centros de Salud y Acción Comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se busca reconocer la complejidad de las problemáticas de salud de los y las adolescentes que contengan significativos componentes psicosociales según

diagnósticos y motivos de consulta (D/M) registrados por los profesionales en los centros de salud y acción comunitaria en el año 2014 y que permitan conformar un escenario en relación al registro de ciertas consultas de este grupo de edad a fin de ampliar el conocimiento referido con relación a consumo abusivo de alcohol y drogas, situaciones de maltrato, y embarazo adolescente ⁽²⁷²⁾.

Para enfocar la producción de los Centros de Salud y Acción comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se presentan los datos obtenidos del Sistema de estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires correspondientes al año 2014 y de los informes (10) elaborados y aportados por el Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res.1751/08) correspondientes al total de la consulta/prestaciones(D/M) que constituyen el número total de prestaciones de los profesionales que han atendido a los y las adolescentes en base a las notificaciones al Sistema de Estadística de los Centro de Salud y Acción Comunitaria en la medida que dicha lógica es utilizada por los profesionales y equipos desde un proceso de construcción e incluida en los procesos de trabajo en los espacios organizacionales desde un abordaje sistémico y en relación con los determinantes sociales para el diseño de las intervenciones y acciones interdisciplinarias e intersectoriales en el marco del programa de salud integral de los adolescentes ⁽¹⁷⁾.

Durante el año 2014, fueron registradas en total 101.923 prestaciones profesionales a la población entre 10 y 19 años, en todos los Centros de Salud y Acción comunitaria en base al registro de Clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) (1), de las cuales el 51.3 % corresponde a los médicos, el 14.9 a los psicólogos, el 7.6 a las obstétricas, el 6.4 a los odontólogos, el 5.1 a los psicopedagogos, el 5.0 a enfermería, el 4.2 a nutricionistas, el 3.2 a Servicio Social el 1.7 a fonoaudiólogos, y el 0.7 a kinesiólogos.

Surge de los datos del Sistema Estadístico de los Centros de salud y Acción Comunitaria (Sicesac) (107) que, en el año 2014, en los Centros de salud y Acción comunitaria (Cesac), la población activa total de adolescentes registrada sin cobertura social con referencia al grupo entre 10 y 19 años, que han consultado al menos 2 veces durante 6 meses, ha sido de 80.445 adolescentes (270).

En la tabla 2 se presentan los datos de producción en relación a prestaciones del año 2014 en el total de Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac), cuya notificación por parte de los profesionales fue hecha en base a la Clasificación internacional de Enfermedades CIE 10 (1), en el cual se muestran los datos registrados por los profesionales según prestaciones realizadas por los profesionales médicos; psicólogos, obstétricas; odontólogos, psicopedagogos, enfermeras, nutricionistas, Asistentes Sociales; fonoaudiólogos y kinesiólogos, en el grupo de

edad de 10 a 14 años, de 15 a 19 años y por el total, de 10 a 19 años a la vez que se presenta el porcentaje de prestaciones en relación al total registrado.

Tabla 2: Producción total de los Cesac en el año 2014 por profesión, y grupo de edad de 10 a 14; de 15 a 19 y de 10 a 19 años

Profesion	10 a 14	15 a 19	10 a 19
medico	26314	25953	52267
psicologo	10341	4893	15234
obstetrica	354	7345	7699
odontologo	4065	2426	6491
psicopedagogo	4262	916	5178
enfermera	1693	3363	5056
nutricionista	2587	1689	4276
Asist Social	1127	2147	3274
fonoaudiologo	1512	215	1727
kinesiologo	544	177	721
total	52799	49124	101923

Grafico 1: Producción total de Diagnósticos/Motivos de consulta, por profesión.

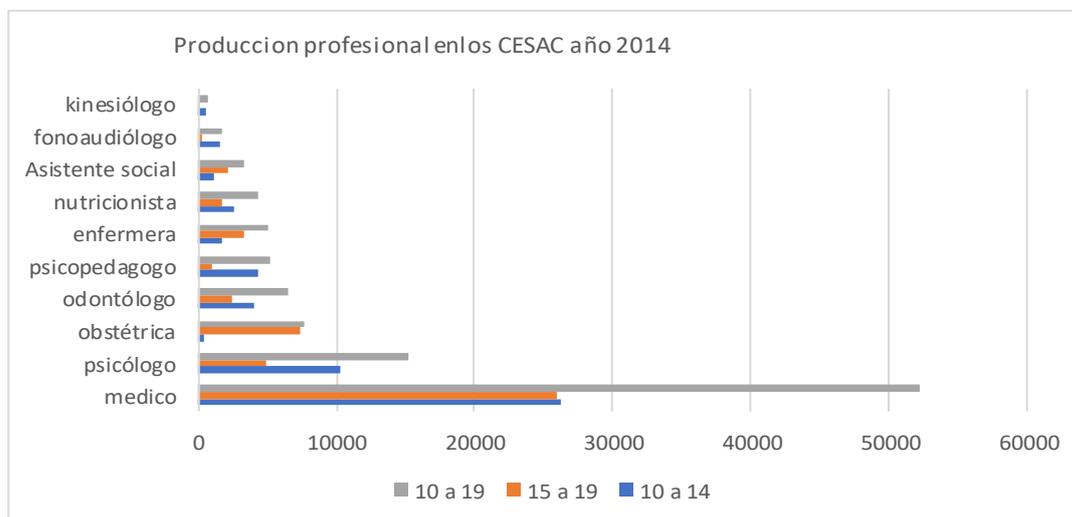


Grafico 2 : Porcentaje de prestaciones profesionales de los Cesac de la CABA en el año 2014.



Fuente: Elaboración propia, en base a los datos del programa de salud integral de los adolescentes de la CABA (107) (10) (106) (270).

El análisis de los datos obtenidos a partir de los informes semestrales elaborados por el Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res.1751/08) permite inferir que dichas problemáticas, constituyen situaciones diferenciadas no solamente por grupo de edad y de sexo entre los y las adolescentes, sino también con referencia a los profesionales pues se destaca en los registros una relación al tipo de profesión involucrado en el diagnóstico intervención y notificación al sistema de información en salud (273).

Dichas consideraciones acercan la necesidad de conocer de forma adecuada no solo los recursos existentes en el marco del Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con referencia a los profesionales de planta en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac), la dinámica interna de los equipos profesionales en un micronivel de organización; las prácticas integrativas tanto la interdisciplina como la intersectorialidad, la elaboración de los espacios organizacionales, la implementación de los espacios de educación permanente que permitan describir y analizar los aspectos relacionados con la construcción de la lógica de integralidad y la visión de salud integral en los procesos de trabajo en la medida en que la contextualización, la información referirla a lo

cotidiano y a su territorialización resultan fundamentales para poder interpretar las necesidades de los adolescentes, para tratar de comprender lo que está ocurriendo y de qué manera poder intervenir sumado a la importancia de poder reflexionar en el tipo de intervenciones y requerimientos ya que este tipo de problemáticas posee, las implicaciones asistenciales y epidemiológicas que pueden colaborar en visualizar el impacto de los condicionantes sociales en la salud de las personas desde una perspectiva institucional del valor y trascendencia (274) (275).

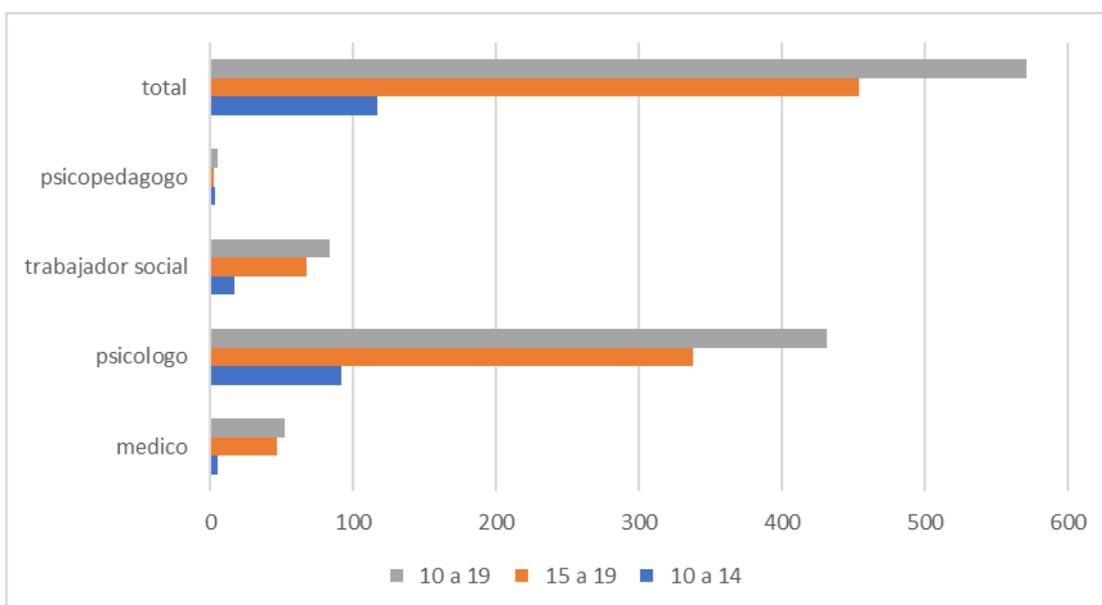
En el cuadro 29: Cantidad de D/M por consumo abusivo de alcohol y drogas en base a la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE 10) (1) notificados en los CESAC por los profesionales médico, psicólogo, asistente social y psicopedagogo en el I año 2014 se han podido observar los distintos registros notificados por los profesionales en relación a los Diagnósticos /Motivos de consulta (D/M) en base a la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE 10) (1) por consumo abusivo de drogas o alcohol en el año 2014, se destaca una prevalencia significativa en el registro, por parte de los profesionales psicólogos, en la franja etaria de 10 a 14 un total de 92 casos y en la franja de 15 a 19 un total de 338 casos, resultando entre los 10 y 19 años un registro de 432 casos; seguidos por los trabajadores sociales, con un registro en la franja entre 10 y 14 años de 17 casos, en la franja de 15 a 19 años 67 casos y un total de 10 a 19 años de 84 casos; los registros médicos en la franja de 10 a 14 años son 5 casos, en la franja de 15 a 19 años son 47 casos y en el total entre 10 y 19 años 52 casos, y por último los psicopedagogos, con un registro total de 5

casos, entre 10 a 19 años, resultando 3 casos en la franja de 10 a 16 años y 2 casos en la franja entre 15 a 19 años (270).

Tabla 3: Diagnósticos/Motivos de consulta por consumo abusivo de alcohol y drogas (CIE 10) (1) notificados por profesionales

Profesión	10 a 14	15 a 19	10 a 19
medico	5	47	52
psicólogo	92	338	432
Trabajador social	17	67	84
psicopedagogo	3	2	5
Total	117	454	571

Grafico 3 Diagnósticos /Motivos de consulta por consumo abusivo de Drogas y Alcohol en base a (CIE 10)



Fuente: Elaboración propia, en base al registro de Diagnósticos /Motivos de consulta (CIE 10) (1) (106) (274) (106) (276).

El maltrato y/o la negligencia a niños, niñas y adolescentes Clasificación Internacional de enfermedades (CIE 10) tiene significativas repercusiones individuales y sociales, además de graves consecuencias en la salud de las víctimas que viven este tipo de situaciones, por lo cual es reconocido como un problema de Salud Pública por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) y puede ser prevenido antes de que se produzca lo cual demanda un enfoque interdisciplinario e intersectorial para reducir el riesgo de repetición y

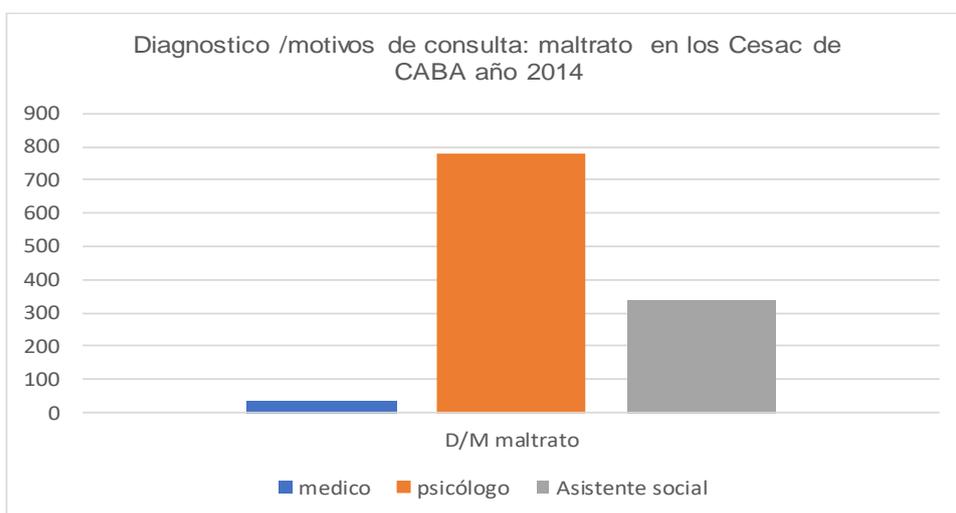
evitar sus consecuencias a la vez que existe cierta dificultad para su diagnóstico ya que la definición aparece poco clara y escasamente operativa ^{(17) (1) (275)}.

Con referencia a la categoría Diagnósticos / Motivos(D/M) de consulta de maltrato en el año 2014 en base a la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE 10) que se presentan en el Cuadro 30 fueron registrados un total de 1157 casos, a partir de los cuales, en relación a los resultados, se puede inferir que el 99% son reportadas por tres profesiones (médicos, psicólogos y Trabajadores Sociales) y se observa que por parte de los médicos corresponde un total de 37 notificaciones, 781 notificaciones por parte de los psicólogos y 339 notificaciones correspondientes a los trabajadores sociales ⁽²⁷⁶⁾⁽¹⁾.

Tabla 4: Diagnósticos y motivos de consulta (D/M) de maltrato en el año 2014 en los Centro de Salud y Acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Profesión	D/M maltrato
medico	37
psicólogo	781
Asistente social	339

Grafico 4 : Diagnósticos /Motivos de consulta D/M referidos a maltrato en el año 2014 en los Cesac



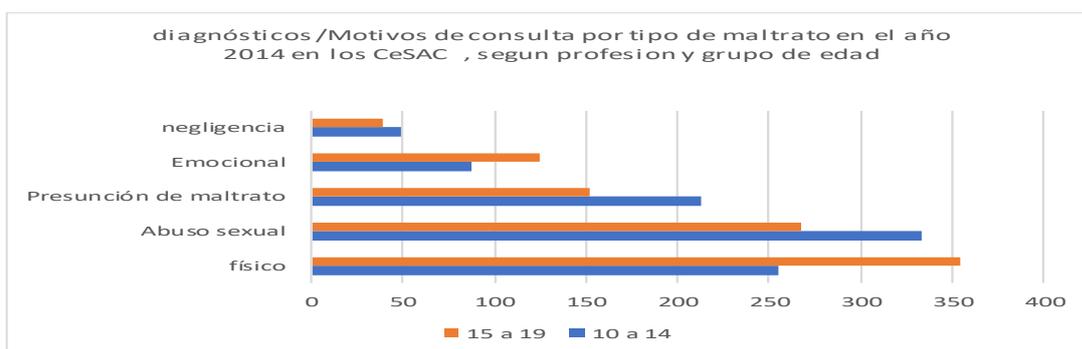
Fuente: Fuente: Elaboración propia, en base al registro de D/M. del Programa de salud integral de adolescentes de la CABA año 2014 (106).

Con respecto a los tipos de maltrato de acuerdo con el grupo etario, los maltratos físicos y el abuso sexual representan el 63% de los Diagnósticos/Motivos de consulta (D/M) según la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE 10) (1) en el grupo de 10 a 14 años y 66% en el grupo de 15 a 19 años, por lo cual el maltrato físico es la primera categoría que se notifica con mayor frecuencia, seguida por abuso sexual, luego la presunción de maltrato y las situaciones de negligencia no se registran D/M de maltrato inducido por cuidadores por parte de ninguna de las profesiones (17) (275) (276) (274).

Tabla 5: Registro de consultas según tipo de maltrato en relación con las distintas profesiones en el año 2014 en los Cesac de Caba.

Tipos de maltrato	10 a 14	15 a 19	10 a 19
físico	255	355	610
Abuso sexual	333	268	601
Presunción de maltrato	213	152	365
Emocional	87	125	212
negligencia	49	39	88
Inducido por cuidadores	0	0	0

Gráfico 5 Notificaciones por profesión en relación con los diagnósticos /Motivos de consulta por tipo de maltrato en el año 2014 en los Cesac de Caba.



Fuente: Fuente: Elaboración propia, en base al registro de D/M. del Programa de salud integral de adolescentes de la CABA año 2014 ⁽¹⁰⁶⁾.

El abuso sexual, se considera el primer Diagnostico /Motivo de consulta (D/M) en base a la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE 10) (1) notificado por psicólogos, puede observarse que en los varones representa el 25% de las notificaciones y todos pertenecen al grupo de edad 10 a 14 años. En mujeres presentan el 75% de los diagnósticos y en porcentaje similares en los dos grupos de edad, 54% de 10 a 14 y 46% de 15 a 19 años. La dificultad diagnostica dada por la multiplicidad de expresiones sintomáticas físicas y emocionales favorecen una

escucha diferenciada y una intervención más frecuente por parte de los psicólogos

(275) (276) (274).

El abordaje psicosocial, tal como indica Tabueña Lafarga en su trabajo relacionado con las problemáticas psicosociales, problemáticas y situaciones complejas refiere que los profesionales necesitan atravesar una pluralidad de acontecimientos desde lo cotidiano que se proyectan y pueden resumirse desde prejuicios y convicciones y reflejarse en las decisiones que se tomen para llevar a cabo la intervención, en la medida en que cada uno ha de reconocer sus responsabilidades y evitar privilegiar o castigar comportamientos que implican mejorar la percepción del propio comportamiento y asumir el hecho concreto que se presenta en la situación, su implicación emocional, criterios, prejuicios, y relación, a fin de poder alcanzar la adecuada escucha profesional no sesgada por previas experiencias y situaciones contingentes que tienen influencia para alcanzar un registro de los y las adolescentes que presentan situaciones altamente complejas biopsicosociales y que la realidad deja en evidencia que en muchas oportunidades se tratan de evitar en la medida en que provoquen tensiones y compromisos legales que continuará prolongándose con resultados inciertos o poco eficaces (277).

Dichas situaciones de significativa complejidad en este grupo de edad se convierten en un nudo crítico a ser abordado, y se presentan en un escenario concreto desde el campo de las prácticas profesionales en los Centros de salud comunitaria y se juegan tendencias antagónicas ante la carencia de análisis y

reflexión en la elaboración de las intervenciones a partir de la construcción de la lógica de integralidad en los procesos de trabajo.

Las acciones efectuadas por profesionales de diversas disciplinas, según considera Conde Luciani ⁽²⁷⁸⁾ desde intervenciones integrales con configuración de un espacio en que puedan ser presentados los casos, formular diagnósticos, y planes de intervención, facilita dar soporte y sugerir acciones y estrategias, canalizar a otros equipos o programas, evaluar la eficacia de las intervenciones, colaborar y coordinar en la toma de decisión tomando en cuenta la protección de derechos de salud y con modos de vida que se desenvuelven en cotidianos de existencia en donde prima la vulneración de los mismos, a la vez que da posibilidades de efectivización a las normas de la Convención Internacional de derechos del niño y el adolescente ⁽²⁷⁸⁾.

A su vez, conocer la territorialidad en relación a los sujetos adolescentes y las problemáticas de salud contribuye a evaluar las problemáticas de salud desde la información del acceso a los servicios y determinar el alcance del problema que implica, interacciones que configuran significados alternativos con el entorno donde suele ponerse en juego la identidad, como es el caso del espacio el que se ejerce control físico y cognitivo mediante la emoción y los sentimientos, vínculos y relaciones, favorece construir un mejor diagnóstico de intervención y se configura la relación entre el centro de salud y la población que resulta importante para el desarrollo de estrategias intersectoriales destacándose que las prácticas en el marco de la salud pública destinadas a la adolescencia se encuentra atravesada por

determinantes organizacionales e institucionales, por lo cual es importante identificar aspectos que puedan interferir ⁽²⁷⁸⁾ ⁽²⁷⁹⁾.

Promover los procesos de trabajo de los profesionales y equipos de salud en torno a la construcción de la lógica que implica la integralidad de la salud de los y las adolescentes es un paso movilizador para la identificación de obstáculos y para la concertación, el debate y la reflexión crítica del equipo profesional en los Centros de salud y acción comunitaria, en la medida en que implica en su ejecución, experiencias innovadoras contextualizadas, cotidianas, y territoriales, conocimientos en relación a la practicas e intervenciones considerando la interface Atención Primaria y salud pública, educación permanente y gestión de trabajo, nuevas tecnologías de organización en espacios organizacionales cotidianos y contingentes, reducir el enmascaramiento diagnóstico y elevar la visibilidad de las conexiones y vínculos que poseen las situaciones problemáticas y patologías con una significativa carga psicosocial donde la Atención Primaria de la Salud posee un protagonismo singular por la convergencia con el campo de la salud pública ⁽²⁸⁰⁾.

6.7: Capítulo 7: Aspectos conceptuales y organizativos del primer nivel de atención de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

6.7.1: La horizontalización de las practicas: Herramientas para profesionales y equipos en los centros de salud comunitaria:

Los nuevos escenarios que presentan los y las adolescentes en relación a las diferentes situaciones referidas a problemáticas complejas definidas en los diagnósticos /motivos de consulta (D/M) en los centros de salud y acción Comunitaria (Cesac) muestran la necesidad de acompañar y ampliar la escucha y la intervención de los profesionales y equipos, ya que dada su complejidad refieren a respuestas complejas en la medida contienen un significativo peso psicosocial, al cual es importante responder desde nuevos espacios y relaciones en el marco de la organización de los procesos de trabajo y del diseño tanto individuales, grupales o comunitarias en el primer nivel con un enfoque de atención integral, interdisciplinario e intersectorial que abarque las diferentes modalidades (274).

El marco de referencia de salud-enfermedad-atención, de la corriente de medicina social (281) lleva a un desplazamiento del eje de las prácticas de los profesionales y

equipos de salud hacia el sujeto de derecho adolescente a la vez que propone la incorporación en la visión de los profesionales de la dimensión subjetiva, histórica y social de este grupo de edad, que puede ser comprendida desde el marco de una clínica ampliada ⁽¹⁷⁶⁾, que requiere de nuevos modos en los procesos de trabajo de producción de salud que incluye la horizontalización y la interdisciplina sustentada a partir de acuerdos básicos, interrelaciones, colaboración y cooperación de los profesionales, que implica un enfoque de derechos y de género como elementos nodales técnicos de organización y educativos, que tal como lo explica Sousa Campos ⁽¹⁷⁶⁾, refiere a la horizontalización de las prácticas, en base a producir valores y a facilitar el desarrollo de las acciones, capacidad operacional, y comprensión de los integrantes del equipo ⁽²⁶⁶⁾.

Dichos enfoques en los Cesac de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires implica la concepción del trabajo en equipo, para encarar el proceso salud-enfermedad-atención (8) desde una mirada sistémica, un enfoque de los determinantes sociales en los procesos de producción de salud comunitaria teniendo en cuenta la elaboración de las acciones y estrategias de intervención, los espacios organizacionales, las practicas integrativas de interdisciplina e intersectorialidad y la colaboración, cooperación y reflexión para promover la educación permanente contextualizadas, cotidianas y territoriales de manera de ampliar el abordaje y el tratamiento de los problemas de salud de los adolescentes ^{(17) (14) (282) (122)}.

El funcionamiento de los profesionales como equipos responde a un esquema de organización para el trabajo en salud orientados al abordaje de necesidades y problemáticas complejas de los y las adolescentes, de combinaciones variadas de recursos con el objetivo de instaurar, el reconocimiento y fortalecimiento de acciones referidas hacia la construcción de nuevas lógicas en la cultura institucional y reforzar la salud integral de los y las adolescentes teniendo en cuenta la realidad contextual de los sujetos y la cotidianeidad dentro de los procesos en el marco del programa ⁽²⁸²⁾

Los aspectos citados tienden a estimular la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la coproducción de forma colaborativa con cierto grado de intercambio dialógico entre las prácticas y de los saberes, en lo cotidiano, nuevos patrones de interrelación, vínculos y compromiso profesional con la producción de salud y superando obstáculos frente a la comunicación, desde una aproximación en espacios organizacionales de concertación técnica como estrategia para superar encuentros episódicos, que implica la apertura hacia el reconocimiento de la necesidad eventual de comunicación entre las diferentes disciplinas que operan como avances en el abordaje de las problemáticas complejas de los y las adolescentes, desde la integración “cara a cara” y “junto con el otro”, que facilite el intercambio, y la educación permanente, en la elaboración de intervenciones, y acciones conjuntas y colaborativas ^{(283) (14)}.

La ampliación de la clínica y de las prácticas con referencia a la lógica de pensamiento referido a la salud integral de los y las adolescentes dependen de elementos y de maneras de relacionarse entre los profesionales y equipos como norma organizativa respondiendo a una composición variable en espacios organizacionales, conforme a la circunstancia de estar trabajando que permite y promueve instituir procesos referidos a la planificación de intervenciones o acciones eventuales, interdisciplinarias e intersectoriales, no episódicas en un marco de horizontalidad hacen posible promover nuevas estrategias, acciones y espacios organizacionales dentro y fuera del Centro de Salud y Acción comunitaria como: consultorios conjuntos; consultorías, entrevistas individuales; reuniones, espacios intersectoriales, jornadas escolares, espacios de recepción, admisión, promoción, prevención, dirigido hacia los y las adolescentes y teniendo en cuenta, la singularidad, autonomía, y confidencialidad, la elaboración y aplicación, de un determinado diagnóstico, asesoramiento, orientación o indicación, a partir de una aproximación entre el o los profesionales, la familia, la comunidad, y las diferentes instancias sectoriales organizacionales o institucionales, donde el/la /los adolescentes transcurren sus mayor cantidad de horas diarias, como escuela, barrio, comunidad a la vez que se considera la participación del sujeto adolescente e implica prácticas individuales, de grupo y también colectivas como apoyo, tanto a los beneficiarios como a otros profesionales y de otros equipos conforme el conocimiento que se fuera adquiriendo sobre cada situación, problema, o evento presentado en la consulta, que necesariamente acerca a mecanismos de aproximación de los profesionales y equipos más relacionados a orientar, indicar, y abordar situaciones, conforme a

criterios técnicos o administrativos, teniendo en cuenta las especificidades de cada caso como las de los distintos profesionales ⁽²⁸³⁾ ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁷⁶⁾.

Dichos mecanismos de aproximación o funciones, actividades, tareas, intervenciones, se relacionan con un nivel de articulación y coordinación en los procesos de trabajo, a partir de/de los profesional/es en base a una lógica de pensamiento de salud integral para promover nuevas posibilidades de elaboración de intervenciones, y acción/es, conformándose de esta manera la dinámica del equipo de trabajo, en forma interdisciplinaria, y/o intersectorial, según la/ las actividades propuestas cuya dinámica estará referida a la contextualización, cotidianeidad, y territorialidad y las posibilidades de espacios organizacionales de concertación técnica, articulación, colaboración, y cooperación según ajustes permanentes de reflexión, reformulación y negociación continua, combinación de la dinámica, y cohesión de los equipos desde la valoración de las practicas integrativas, de interdisciplina e intersectorialidad y educación permanente ⁽¹⁷⁶⁾ ⁽¹⁷⁶⁾.

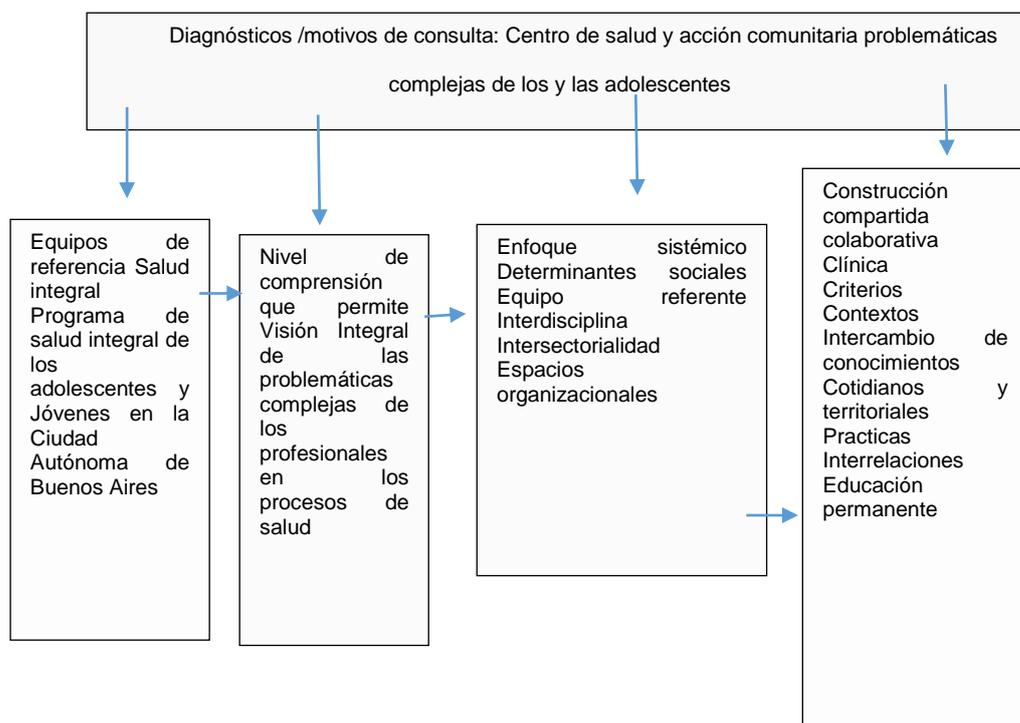
Los conceptos tomados de Souza Campos ⁽²⁸²⁾ para responder a las nuevos escenarios desde los cuales se presentan las problemáticas complejas de salud de los y las adolescentes y las posibilidades en el marco de la clínica ampliada y equipos referentes desde la integración y el diálogo entre las diferentes especialidades y profesiones, las practicas integrativas con un funcionamiento de equipos de

referencia de composición interdisciplinaria, en tanto una estructura permanente y nuclear desde un espacio organizacional ⁽⁸⁸⁾ no episódico, implica un enfoque en los procedimientos para la producción de la salud, que promueve cambios en la gestión y atención de los profesionales y equipos en los centros de salud y acción comunitaria en el marco del Programa de salud integral de los Adolescentes y jóvenes (RES:1751/08) en tanto que centraliza la intervención en el sujeto de derechos adolescente, destaca la singularidad tanto de su propio cuerpo, como sus relaciones, vínculos y contexto biopsicosocial, la dimensión subjetiva y psicosocial, contextualizado a la vez que promueve espacios organizacionales de educación permanente constantes y frecuentes, teniendo en cuenta la síntesis dialéctica, entre sujeto y problemática compleja en el marco de una clínica ampliada ⁽¹⁴⁾ ⁽²⁸³⁾

Dichos lineamientos, crean la posibilidad de que se actúe con una mayor amplitud en los procesos de trabajo en relación con la lógica de salud integral de los y las adolescentes desde los aspectos clínicos, individuales, grupales, como comunitarios, de forma articulada con los conceptos y marcos de prácticas integrativas, frecuentes y constantes, no episódicas desde una organización horizontal de procesos de trabajo, en la planificación de las acciones e intervenciones, de forma colaborativa, que promueve la construcción compartida, en espacios de educación permanente que fortalecen y apuntan a promover intersecciones entre el campo de la salud Pública y la Atención Primaria de la salud transformadora más allá de lo episódico y eventual,

en el marco de lo cotidiano como explica Souza Campos ⁽¹⁴⁾ en espacios concretos, como se trata de mostrar en el Cuadro 30 ⁽²⁸⁴⁾ ⁽²⁵³⁾ ⁽²⁷⁹⁾.

Cuadro 30: Componentes facilitadores de la visión integral de los profesionales y equipos desde la horizontalidad

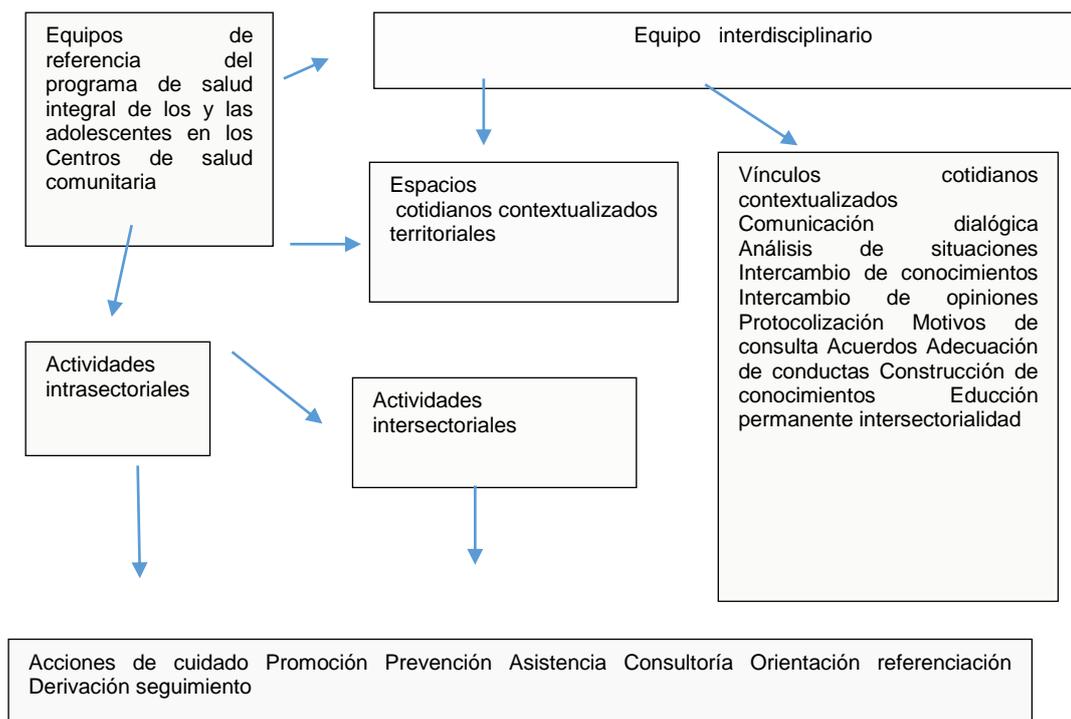


Fuente: Elaboración propia en base a Souza Campos ⁽²⁸²⁾ ⁽¹⁷⁶⁾ y Wetzel ⁽²⁸⁴⁾.

Los procesos de producción de salud desde la horizontalidad se constituyen en un marco de acuerdos organizacionales, que adquieren sentido a partir de la lógica de salud integral de los y las adolescentes, dan sustento a las acciones programáticas, y posibilitan intervenciones y acciones múltiples donde se comparten casos, con corresponsabilidad, se relacionan con el conocimiento y la práctica de varios profesionales y el reconocimiento de distintas disciplinas dependiendo de la complejidad de las situaciones y se efectiviza y dinamiza en la comunicación cara a cara, en el intercambio de opinión, sumado a los vínculos y las interrelaciones, que, según Pichón Reviere representan la dialéctica grupal ⁽²⁸⁵⁾, para operar en un avance conjunto, contextualizado, superando la integración episódica por la de integración frecuente y cotidiana desde la articulación entre diferentes conocimientos en conjunto en el proceso de trabajo para la construcción de una visión integral tal como se intenta mostrar a continuación en el cuadro 32 ^{(29) (14) (17) (57) (106) (176) (282)}.

El análisis conjunto de las situaciones compartida y colaborativa da posibilidades de intercambio de conocimientos; orientación, y acuerdos y adecuación de conductas ⁽²⁸⁶⁾, y posibilidades para la construcción de acciones intrasectoriales e intersectoriales, asesorías, consultorías, orientación, recepción, admisión, derivación, promoción, prevención, y asistencia y rehabilitación, ya que ningún profesional de manera aislada puede construir una lógica integral, tal como hace referencia Welzel, ^{(287) (176) (29) (282) (55) (281) (288)}.

Cuadro 31 La construcción de la lógica de salud integral como sustento de las acciones programáticas en los Centros de salud



Fuente: Elaboración propia, en base a Programa de salud integral de los adolescentes CABA, Souza Campos, (106) (176) (282) Welzel (284).

6.8 Capítulo 8: Las practicas integrativas en los procesos de producción de salud: La interdisciplina y la Intersectorialidad

6.8.1: La interdisciplina: Una práctica integrativa en busca de vínculos, encuentros y cooperación.

La Salud Publica, definida por Terris ⁽⁹¹⁾, es un campo que, en correspondencia con su esencia, requiere la aplicación del enfoque interdisciplinar, en la medida en que la complejidad de los temas referentes a los y las adolescentes hace necesario la convergencia de saberes de varias disciplinas y corresponde promover procesos de trabajo a partir de un grupo de profesionales para el abordaje de problemas complejos de salud de los adolescentes dentro de determinado campo del conocimiento, que se distingue por profesionales que tratan de alcanzar objetivos comunes como responsables de un conjunto de tareas y que operan con diferentes modos de intervención en espacios organizacionales frecuentes, y cotidianos a partir en el marco de una clínica ampliada con intervenciones vivas en acto a partir de la captura de la realidad, en el marco de un proceso lógico en base a la reflexión, comprensión y estructuración de la realidad ^{(14) (282) (176)}.

La interdisciplina, como practica integrativa, es facilitadora de nuevos posibles en la medida en que tenga una referencia programática, refiera a un contexto en una cotidianeidad, se relacione con la aceptación de tiempo y espacio a compartir por los profesionales en los Centros de salud y acción comunitaria de encuentros frecuentes y cotidianos, y en reuniones o espacios de concertación técnica no episódicos, como dispositivos de interacción, y necesita el reconocimiento de entramados subjetivos e intersubjetivos así como los aspectos de dinámica grupales, implica poner a cada sujeto en relación con la disciplina pues no existen en abstracto, sino que son la producción de comunidades científicas, en la medida en que los conocimientos que producen están enraizados en las prácticas - teóricas y pragmáticas- de una comunidad y son productos emergentes de los modos de interacción de esa comunidad, como refiere Stolkiner (266) (289).

La práctica del equipo interdisciplinario en el marco del programa de salud integral de los adolescentes emerge en un espacio donde las relaciones de los sujetos profesionales son asimétricas, de diferentes trayectorias de vida con diferentes necesidades, intereses, deseos y posibilidades de acción y se dinamiza en el marco organizacional, frente a eventualidades y contingencias por lo cual la comunicación, está determinada por las interdicciones y tareas, adjudicadas, la disponibilidad en tanto posibilidad, imposibilidad, posibilidades de intercambios, de encuentro e interacción, siempre entrecruzada por diversas dimensiones y realidades, lo cual conforma una complejidad organizacional para la producción de salud, frente a la

cual se instalan las necesidades y las problemáticas complejas de los y las adolescentes de consumo, maltrato, violencia, embarazo no planificado, entre otras en relación con los diagnósticos /motivos de consulta que impulsa el alcance de integración necesario para que los profesionales no trabajen por compartimentos estancos, sino que construyan un saber compartido (290) (286).

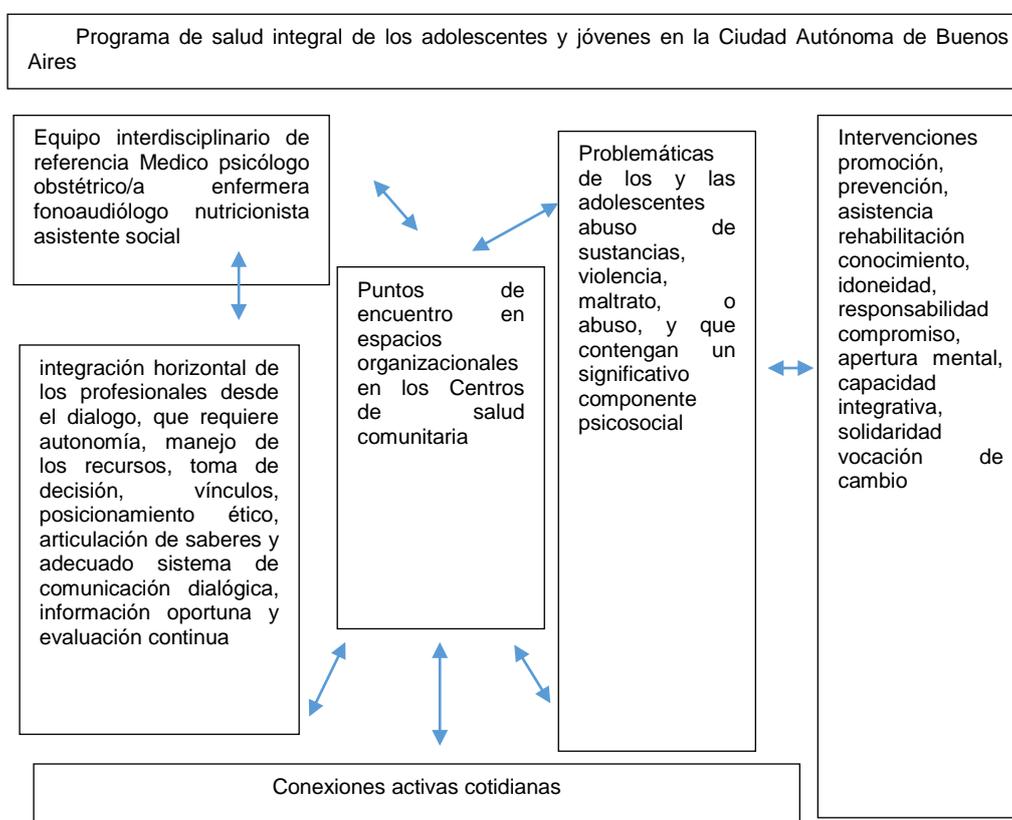
Los equipos interdisciplinarios en los Centros de salud y acción comunitaria en la actualidad, al estar conformados por un médico (clínico, generalista, de familia, obstetra, enfermera, psicóloga/o, psicopedagogo/a, asistente social, odontólogo/a, fonoaudiólogo/a, nutricionista), según las posibilidades, son la estructura organizativa y funcional de los centros de salud comunitaria en el marco del programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires(Res.1751/08) quienes desde la cotidianeidad, contexto, y territorio, reconocen como punto de encuentro la realidad de las problemáticas complejas de los y las adolescentes por sobre las disciplinas de origen, e intentan dar una respuesta superadora que la de la propia incumbencia por separado, (103) a partir de asumir objetivos comunes, desde la integración horizontal, desde el dialogo, autonomía, manejo de los recursos, toma de decisión, vínculos, posicionamiento ético, articulación de saberes y adecuado sistema de comunicación dialógica, información oportuna y evaluación continua frente a una realidad, que los condiciona, desde lo eventual, y contingente, por lo cual es importante el registro simbólico, y el reconocimiento de las subjetividades de cada integrante (282) (291)

Virginia Schejter, (292) plantea el trabajo interdisciplinario con referencia a la epistemología constructivista en tanto considera que dicha práctica integrativa en los equipos profesionales permite el acercamiento a una lógica de pensamiento a partir de la reflexión, cuestionamiento de criterios, autocrítica, y educación permanente en un marco de colaboración, cooperación y conocimientos de diferentes disciplinas y especialidades según lo cual desarrolla ciertos indicadores de la práctica de la interdisciplina desde una perspectiva teórica que permite considerarla como integrativa y facilitadora de la construcción de nuevas acciones según una lógica de salud integral.

Los indicadores desarrollados por Schejter refieren a 1) La existencia de comunicación dialógica entre los profesionales del equipo; 2) Planteo conjunto de problemas; 3) Investigaciones, relevamiento de datos, entre todos los integrantes del equipo de referencia a fin de mejorar el diagnóstico, el tratamiento, las intervenciones y acciones, y generar un espacio de aprendizaje entre todos, como producción científica y autoevaluación; 4) relativización de la propia mirada, a partir de la de los otros integrantes del equipo de referencia; 5) promocionar una mirada y una lógica de pensamiento con relación a la salud integral del adolescente, dando sentido y visión al propio quehacer; 6) posibilidad de percibir los diferentes aportes de las distintas disciplinas, siendo valorados y reconocidos, por sí mismo y por los otros profesionales en los procesos de trabajo del equipo, desde la cotidianeidad, no como algo aislado, sino como una acción en el marco del programa y el reconocimiento del sentido del

propio trabajo, 7) compartir responsabilidades, y ejercer autocontrol desde cada integrante del equipo 8) intercambio, como red de contención en relación a afecto, humildad, tolerancia, elaboración de ayuda 9) Valorar la lógica de salud integral hacia el sujeto adolescente y el reconocimiento hacia un abordaje amplio frente al sesgo de la visión disciplinaria, credibilidad, respaldo y como aspecto organizacional en las intervenciones 10) construcción de reglas en forma conjunta, límites, y normas, de funcionamiento del equipo, 11) Estimulación entre los integrantes del equipo para la aplicación de nuevos posibles, nuevos dispositivos intercambio de opciones, acuerdos y tareas, según se intenta mostrar en el cuadro 33 ⁽²⁹²⁾.

Cuadro 32: Puntos de encuentro y conexiones activas con las problemáticas complejas de los y las adolescentes de los equipos interdisciplinarios de referencia en los Centros de salud y acción comunitaria



Fuente: Elaboración propia en base a los indicadores de interdisciplina planteados por De Sousa Campos, Stolkiner, Follari y Schejter (176) (266) (293) (292)

6.8.2: La intersectorialidad: Una práctica integrativa estratégica

La intersectorialidad constituye una práctica integrativa estratégica como facilitadora de la lógica de salud integral de los y las adolescentes insustituible en el marco de las políticas públicas, para el enfoque de las necesidades de forma articulada ya que alude específicamente a la búsqueda de la integralidad, en el abordaje de determinado problema a partir de la implicancia de varios sectores, (294)

El campo de la salud pública en la actualidad, demanda acciones integradoras y concertadas, de varios sectores, teniendo en cuenta la compleja interrelación de los condicionantes y determinantes de la lógica de salud integral de este grupo de edad donde la intersectorialidad, incrementa el valor de articulación, colaboración, y coordinación de estas en función en las intervenciones de los profesionales y equipos, que (31) (15) (295) (296) (297).

La amplia bibliografía referente al tema de intersectorialidad como estrategia, integrativa permite afirmar que no se trata de un tema nuevo, y en la medida que se la referencia con la lógica de salud integral de los y las adolescentes existe una amplia variedad de mecanismos para su desarrollo que pueden fortalecer y promover procesos de trabajo integrativos entre los profesionales y equipos y promover la

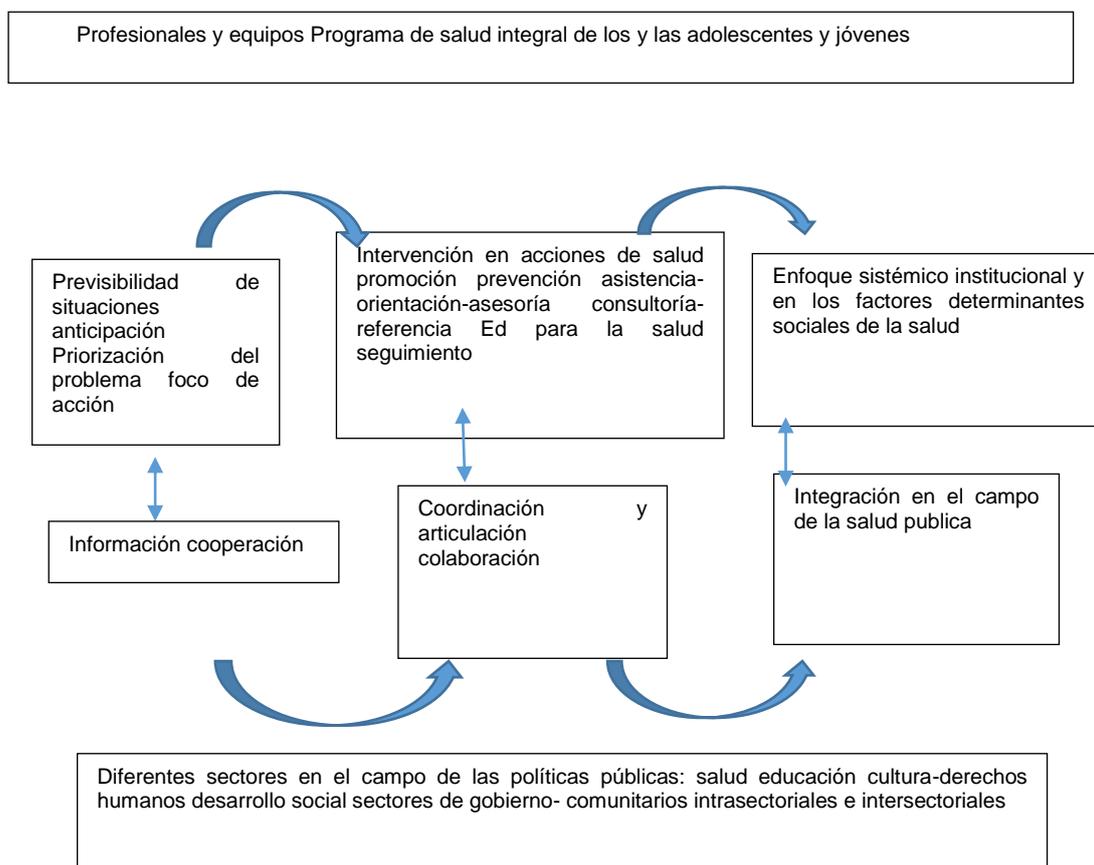
aplicación de nuevos posibles para la sustentabilidad de las iniciativas estratégicas de intersectorialidad como el intercambio de información, transferencia de conocimiento, retroalimentación de resultados de evaluación, periodicidad de las comunicaciones, contactos para la planificación y para el acuerdo de criterios de prioridades, tipos de contactos frecuentes para el desarrollo de la estrategia, acuerdo de criterios de evaluación, cotidiana y conjunta, adecuación de recursos conjuntos, que pueden ser implementados desde los espacios organizacionales de concertación técnica interdisciplinarios dentro o fuera de las instituciones de salud, si bien, según expresa Rafael Cofiño (298) en relación con los ámbitos locales desde los espacios cotidianos, contextuales y territoriales, considerando los tiempos y la organización que conllevan las intervenciones intersectoriales se debe evaluar el nivel de complejidad del problema, y el nivel de vulnerabilidad que debe ser abordado para evaluar la estrategia de coordinación, colaboración, y nivel de inclusión en la planificación, el acuerdo de criterios, la priorización del problema, el diseño de actividades, la sistematización y el ordenamiento ya que debe corresponderse con los propósitos planteados es decir permitir la identificación de necesidades, y la definición de intervenciones y tiempos (294) (299) (300).

Los nuevos escenarios en relación a las problemáticas y eventos de salud en el marco del Programa de salud integral de adolescentes requieren de acciones que traspasan el sector salud e incluyen la necesidad de abordar cuestiones de género, derechos humanos, políticas sociales, económicas, de prevención de violencia,

maltrato y consumo abusivo de alcohol, tabaco y sustancias que a menudo quedan fuera de las acciones y son poco visibilizadas por el sector, en relación con lo cual, en el año 2014, la Organización Panamericana de la salud promueve las acciones en relación a la confluencia de distintos sectores en el marco de las políticas públicas, según se trata de mostrar en el cuadro 33 ⁽²⁴⁾.

Dichos mecanismos de confluencia debe considerar la implicación de actores de otros sectores gubernamentales como ser educación, desarrollo social, vivienda, consejo de niñas, niños y adolescentes, defensorías, cultura, deportes, redes sociales, teniendo en cuenta los aspectos estratégicos locales y la necesidad de espacios organizacionales para el ajuste mutuo de campos de acción, coordinación, colaboración, en la medida en que se puedan reducir las duplicidades aunando esfuerzos de acuerdos o concertación técnica, de intercambio de información, y de comunicación ⁽³⁰¹⁾.

Cuadro 33: Ejes para la definición y aplicación de la intersectorialidad

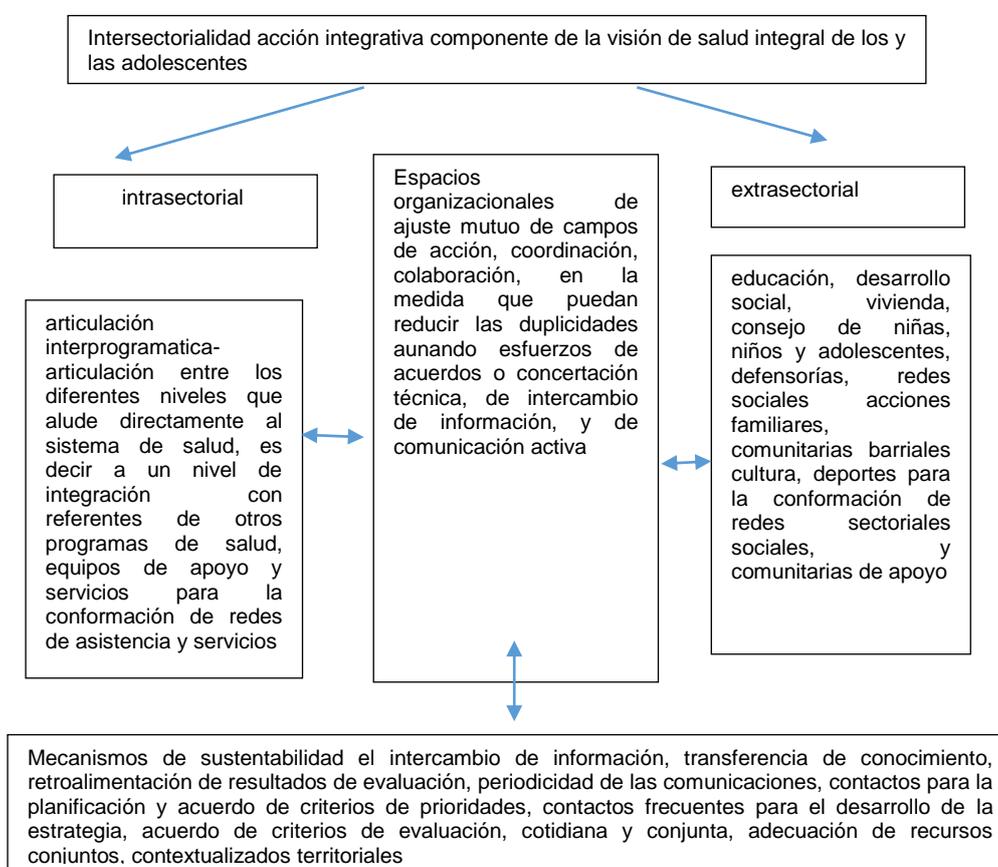


Fuente: Elaboración propia en base a los conceptos de Valenzuela (299)

La práctica de la intersectorialidad en la medida en que se sustenta en distintos niveles de integración, y diferentes etapas o ciclos, con referencia a a) quienes se integran; b) que se integra y c) donde se produce, deben ser reconocidos en su desarrollo los aspectos de organización y de ejecución, para poder adecuar los recursos, y tener claro los posibles tiempos, alcances y resultados, tal como lo expresa Cunill Grau (302) con referencia a la facilitación de cierto nivel de previsibilidad

en los procesos para la ejecución y la necesidad de espacios organizacionales, donde los sectores involucrados en la acción intersectorial puedan y deban expresar sus intereses, diferencias, conflictos, acuerdos y negociación, en relación a los objetivos, y resultados, puedan producir niveles de inclusividad de diferentes sectores o áreas salud, educación, referentes o instituciones barriales o comunitarios, sectores de deportes entre otros, donde el sujeto adolescente, estudia, convive, se relaciona, trabaja, o hace actividades, con el fin de posibilitar respuestas conjuntas, teniendo en cuenta la reducción de las duplicidades, referida a los esfuerzos, criterios, acuerdos, las redes sociales, y de redes de apoyo comunitario como también la tal como se trata de mostrar en el cuadro 34 ⁽²⁹⁵⁾ (31) ⁽²⁹⁵⁾.

Cuadro 34 Modalidades de la intersectorialidad, espacios organizacionales de concertación técnica y mecanismos de sustentabilidad



Fuente: elaboración propia en base a Cunill Grau (297) (294) y Castell Florit (295)

6.9 Capítulo 9: Aspectos subjetivos e intersubjetivos desde el análisis de los microprocesos de trabajo en salud

6.9.1: Los grupos y equipos de trabajo: Generalidades, características y determinantes

Resulta necesario resaltar, aunque sea muy obvio que un equipo interdisciplinario es un grupo, por lo cual debe ser pensado desde una lógica, que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo, en relación con que el saber disciplinario es una forma de poder, por lo cual necesariamente aparecerán cuestiones de poder relacionadas con lo individual ⁽²⁶⁶⁾.

Según Robbins, los grupos implican 2 o más individuos interdependientes, que interactúan entre sí y se unen para lograr objetivos específicos, en relación con los equipos de trabajo, que son grupos, cuyos miembros trabajan en un objetivo común y específico con sinergia positiva, responsabilidad individual y/o mutua usando destrezas complementarias ⁽³⁰³⁾.

El trabajo en equipo es otra de las competencias básicas del accionar de los profesionales en el campo de la salud pública, y siguiendo los conceptos de Robbins (303) permite dar respuesta desde una lógica de salud integral a las necesidades de los y las adolescentes en la medida que amplía en los profesionales en los Centros de salud y acción comunitaria los modelos de actividad e intervención en acciones convergentes desde varias disciplinas ⁽¹⁴⁾ (303) compartiendo información, desafiando aceptar las diferencias en el encare de la realidad y desde un ejercicio permanente en la escucha, la tolerancia a la frustración y el respeto mutuo, por parte de todos y cada uno de los integrantes del equipo, en la medida en que es más que la suma de las individualidades, desde el cual, la práctica debe favorecer el desarrollo de la teoría y esta debe conducir a la resolución de las problemáticas de salud que presentan los y las adolescentes ⁽³⁰⁴⁾

A partir de ese momento la necesidad de comprender los mecanismos y procesos de la constitución de un equipo, sus determinantes psíquicas y sociales, los efectos que el grupo produce en los sujetos, la realidad psíquica del grupo en un nivel distinto a la realidad psíquica individual, fueron y siguen siendo actualmente motivos de planteo y análisis, pensados en línea con la grupalidad entendida como un estado psíquico primario de estructura relacional desde donde se puede partir para reconocer la discriminación sujeto objeto, lo cual alude a un primer momento o etapa, a partir de la cual se desarrolla la dinámica de dicho proceso ⁽³⁰⁵⁾.

El proceso de entramado de las interrelaciones que implican la constitución de un equipo de trabajo, en el cual los profesionales de salud de las distintas disciplinas constituyen un proceso de trabajo en el marco del programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se relaciona con la estructura y dinámica que se entabla entre los profesionales y su ambiente, en los Centros de salud y acción comunitaria en el que existen fuerzas que pugnan para mantenerlo en equilibrio, frente a las tensiones de diferente tipo, y que corresponden a diferentes campos, cognitivo, conductual, subjetivo e intersubjetivo, psicológico, ambientales, que determinan la conducta de los sujetos y establecen una dinámica, según los conceptos de K Lewin, dirigida a la cooperación entre los miembros del grupo, tendientes a evitar frustraciones (306) (303) (307).

6.9.2: Una mirada acerca de los microprocesos de trabajo de los equipos interdisciplinarios de salud: Dimensiones del comportamiento organizacional

La comprensión de las particularidades y singularidades de las interrelaciones de los profesionales en los procesos de trabajo permite poner la mirada en un micronivel de análisis de los equipos en los Centro de salud y acción comunitaria implican un acercamiento al terreno de las aptitudes, conductas, decisiones, vínculos y acciones de los profesionales para la construcción de la visión de la salud integral como lógica a aplicar en el abordaje de las problemáticas de salud de los y las adolescentes en el

campo de la salud pública, en los procesos de trabajo y permiten comprender como los integrantes pueden promover la interdisciplina, teniendo en cuenta las características de las interacciones y cuál es la opinión respecto de estas y de las practicas intersectoriales desde la conformación de los espacios organizacionales, que nos introduce en la dimensión de diseños de trabajo (303) (308) (266) (309).

El análisis micronivel permite intentar conocer como tienen en cuenta los integrantes del equipo, cambios, contextos y escenarios desde un espacio de encuentro que se constituye en la misma dinámica del trabajo a través de relaciones, que implican cambios en la comunicación, en los vínculos, en el reconocimiento de la alteridad, la referencia al marco sistémico en la organización y también como perciben la necesidad de ampliar los campos de la clínica en relación con la complejidad de las problemáticas en el marco del Programa de salud integral de los adolescentes en los Centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad de Buenos Aires, lo cual introduce en la dimensión de contexto de trabajo (114) (310) (311) (312) (313) (311).

Los espacios organizacionales para el desarrollo de la reconfiguración de los propios espacios profesionales en el proceso de trabajo en un marco programático, son necesarios a fin de ampliar los modos de producir salud desde la perspectiva de integralidad para poder optimizar, crear coherencia y eficacia a las acciones que

implican desafíos en las prácticas de los profesionales (266) y se relacionan con la deconstrucción de los micro espacios de la organización del trabajo como oportunidad para que nuevos procesos puedan tener lugar (314), en relación con las problemáticas de salud de los y las adolescentes, y la conjugación de las acciones profesionales que puedan materializarse y operar en el campo de la Salud Pública (311) (315) (315) (311) (158)

El acercamiento a los aspectos subjetivos e intersubjetivos desde el micro nivel de análisis de la organización de los equipos interdisciplinarios en los Centros de salud comunitaria en el marco del Programa de salud integral de los y las adolescentes está dirigida a todos los procesos (114), incluido el de educación permanente haciendo referencia al ordenamiento de los mismos desde la forma organizativa para la construcción de la visión de la salud integral de los y las adolescentes en el campo de la salud, se relacionara con el proceso mismo de trabajo, por lo cual deben ser consideradas las relaciones internas del equipo y la relación entre este proceso y los profesionales, a partir de tener en cuenta las propias opiniones y percepciones de los integrantes del equipo profesional del Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (316) (310) (314) (311).

En el marco de dichas relaciones, siguiendo a Robbins, es necesario considerar la composición del equipo, las aptitudes, personalidades, roles, diversidad, flexibilidad,

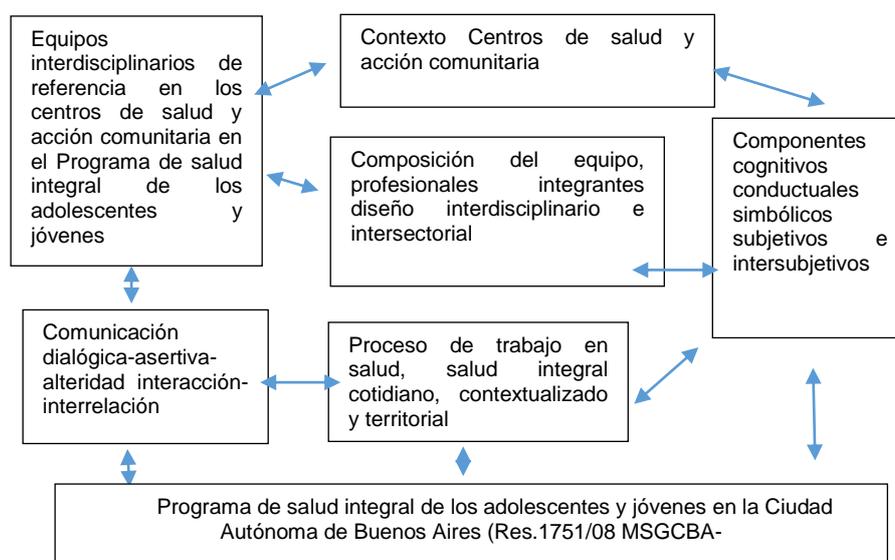
en la medida en que la disposición para solucionar problemas, tomar decisiones, resolver conflictos, colaborar, cooperar, tener una escucha activa, adaptabilidad, las cuales con respecto a las estructuras de personalidad encierran aspectos subjetivos e intersubjetivos, pueden promover u obstaculizar la tarea y tienden a la asignación de roles que no siempre se ajustan a las fortalezas individuales o estilos preferentes lo cual crea muchas veces conflictos internos en el grupo ⁽³¹⁷⁾ ⁽³¹⁸⁾ ⁽³⁰³⁾.

Ciertas consideraciones referidas a la dinámica de los equipos de salud se caracteriza por aspectos intangibles subjetivos, simultáneos ⁽³¹⁹⁾, que le imprimen una racionalidad técnica propia, mediado por una relación social y por una comunicación en relación con aspectos subjetivos en tanto reconocimientos y resistencias en las relaciones, e interrelaciones e interacciones de alteridad desde lo cotidiano, lo contextual y lo territorial que lo determina y centra sus aspectos dinámicos y relacionales en la participación de los profesionales en la reconstrucción de las prácticas en salud ⁽²⁸⁶⁾ ⁽³²⁰⁾.

Dicha subjetividad es producida por procesos que atraviesan a los profesionales que integran los equipos por el cruce de una multiplicidad de flujos ⁽³¹³⁾, constituyendo así, en el caso de los equipos de referencia del Programa de salud integral de los adolescentes en los Cesac, a los profesionales de las distintas disciplinas como sujetos para la estructuración de la lógica de salud integral, como proceso de

racionalidad técnica, que requiere el encuentro de subjetividades, el reconocimiento compartido y necesidades contextualizadas, ya que la construcción de dicha visión es compartida e interdisciplinaria desde la vida cotidiana con sus diferencias y contradicciones para definir la mejor manera de la atención y cuidado de la salud de los y las adolescentes tal como se intenta mostrar en el cuadro 35 (321) (322) (322)

Cuadro 35: Dimensiones del comportamiento Organizacional



Fuente: Elaboración propia en base a conceptos de Robbins (303), Merhy (311)

Franco (314) Carvalho (323) Pedazo, (320)

6.10 Capítulo 10: La Educación Permanente en los espacios organizacionales en el programa de salud integral de los adolescentes y los campos de tensión

6.10.1: Los espacios organizacionales donde se destaca como componente la educación permanente en salud:

La Educación Permanente en Salud, es una estrategia de intervención pedagógica e institucional para la mejora de la organización y transformación de la práctica técnica de los profesionales y el equipo de salud en la medida en que es facilitadora de procesos y de nuevos posibles en torno a la lógica de salud integral de los y las adolescentes, y necesita contar con espacios organizacionales como componente de la realidad misma de los profesionales de salud, y se complementa con las practicas integrativas de interdisciplina e intersectorialidad ^{(158) (164) (311) (324) (325)}

Según refieren Pinheiro y Mattos ⁽⁸⁴⁾, la educación permanente en salud en los espacios organizacionales permite que los profesionales y equipos dinamicen los procesos de trabajo, en un marco pedagógico de debate y reflexión crítica del equipo profesional desde los Centros de salud y acción comunitaria, en la medida en que implica movilizar experiencias innovadoras contextualizadas, cotidianas, y territoriales, producir conocimientos considerando la interface Atención Primaria y salud pública, por la convergencia de espacios y ambitos entre profesionales, equipos, y sectores con el campo de la salud pública, desde procesos de

comunicación información y conocimiento en relación con estrategias de dialogo, reflexión, trabajo colaborativo y cooperativo, tal como se intenta mostrar en el cuadro 36 desde la implementación de acciones en un marco de interdisciplina en los equipos de salud en forma cotidiana frecuente contextualizada y territorial (280,82,212)

(324) (326).

Cuadro 36 Estrategias de trabajo interdisciplinario en un marco pedagógico de espacios de Educación Permanente en salud

procesos	estrategias	actividades
COMUNICACIÓN fortalecimiento de los procesos comunicativos y de conectividad entre personas	para escuchar y dialogar para mejorar la interacción entre personas para facilitar procesos reflexivos para incentivar el trabajo en red estimular el trabajo colaborativo vinculación entre individuos y grupos	debates intercambios presenciales frecuentes cotidianos colaborativos audiovisuales informáticos
INFORMACION fortalecimiento de procesos de estimulación cognitiva y asimilación de la información	de lecto escritura asimilación de información estrategias cognitivas de información para organizar y sistematizar la información obtenida	alfabetización digital reconstrucción crítica reflexión e integración de experiencias situaciones casos problemas y eventos complejos observación y registro de terreno
CONOCIMIENTO: construcción de conocimiento interdisciplinario	fortalecer la categorización fortalecer conceptualización fortalecer la teorización fortalecer el pensamiento complejo fortalecer el pensamiento analítico	diseño e implementación de proyectos elaboración de organizadores gráficos integración narrativa diseño de proyectos de intervención

Fuente: Elaboración propia en base a los conceptos de Quinta (326)

6.10.2. La intersectorialidad y la educación permanente: Colaboración, cooperación y construcción

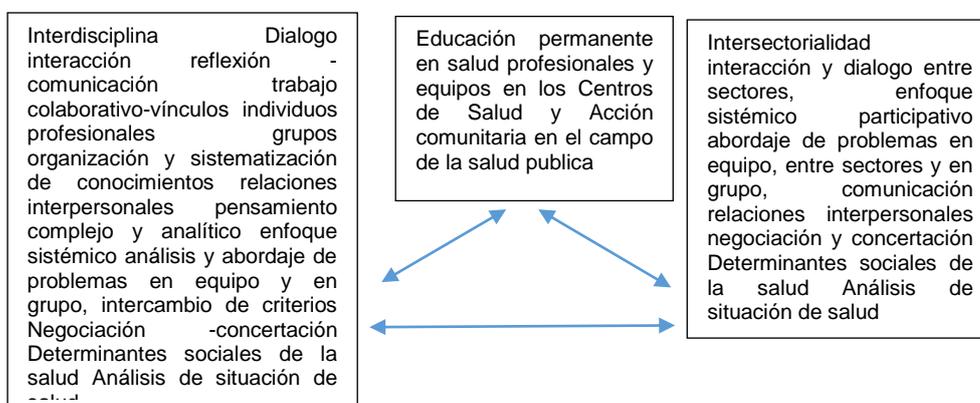
La dinámica de la educación permanente de los equipos de salud, desde una lógica de salud integral, en un campo de interrelaciones e interacciones, a partir del funcionamiento en equipo, se hace posible a través de un contexto social, cara a cara, con participación de los profesionales ya que la cooperación se sustenta en la distribución de tareas, y responsabilidades al interior de un equipo para alcanzar un objetivo, desde la colaboración, cooperación y construcción ⁽³¹⁾ ⁽²⁰⁵⁾ ⁽²⁹⁵⁾.

La colaboración, requiere tener en cuenta aspectos individuales de cada miembro del equipo, responsabilidad, compromiso, donde entra en juego la subjetividad de cada uno, al tener en cuenta que la construcción del conocimiento se sustenta en la relación dinámica de sujeto objeto, en el proceso de reestructuración y reconstrucción donde todo nuevo conocimiento se genera a partir de otros previos, donde es el sujeto quien construye su propio conocimiento.

En el cuadro 37 que se presenta a continuación, se trata de mostrar la relación entre la Educación Permanente en salud para facilitar la construcción de la lógica de salud integral, los espacios organizacionales de practica cotidianos, y las practicas

integrativas de interdisciplina e intersectorialidad en el marco de los equipos profesionales en los Centros de salud y Acción comunitaria del Programa de salud integral de los y las adolescentes para fortalecer el reconocimiento de las prácticas sociales en los procesos de trabajo en el campo de la salud pública, desde la comunicación, información, construcción de conocimiento, reflexión, considerando la realidad de los profesionales, sus relaciones, y sus concepciones, y el abordaje de salud integral de las problemáticas de los y las adolescentes.

Cuadro 37 Componentes y facilitadores de educación permanente y la relación con prácticas integrativas en construcción de la lógica de salud integral



Fuente: Elaboración propia en base a Quinta (326) y Florit Serrate (205) (324)

7: Metodología

7.1: Planteo de la investigación:

La presente investigación intenta describir y analizar la percepción de la salud integral de los y las adolescentes como lógica de pensamiento y facilitadora de nuevos posibles por parte de los profesionales de planta que trabajan en los Centros de salud y acción comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, teniendo en cuenta el conocimiento de las normas existentes, la interdisciplina y la intersectorialidad, los espacios organizacionales contingentes y de educación permanente.

Se realizaron las actividades de relevamiento de datos entre el año 2014 y el año 2016, periodo compuesto por 3 etapas, la primera de acercamiento, contacto y convocatoria a los profesionales de planta de los Cesac a participar de la presente investigación, la segunda de presentación de consentimiento informado y administración de cuestionario y la tercera etapa de entrevistas con los profesionales.

Al ser el total de 384 profesionales de planta de los Cesac, en el marco del Programa de salud integral de los adolescentes y Jóvenes(Res.1751/08 MSGCBA) en la Ciudad de Buenos Aires fueron realizados 2 encuentros con cada profesional de

planta que atiende adolescentes en el marco del programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes (Res.1751/08 MSGCBA): un encuentro en el primer periodo y otro encuentro en el tercer periodo, lo cual hace un total de 768 encuentros, entre enero del año 2015 y octubre del año 2016, que se encuentran especificados en el cuadro 37 que se presenta a continuación.

Cuadro 38: Etapas de recolección de datos

Etapas de recolección de datos					
ETAPAS	PERIODO ABARCADO	DIAS	HORARIOS	LUGAR	FINAL DEL PERIODO
ETAPA 1 Acercamiento contacto y convocatorio	setiembre a diciembre 2014	L-M-V-	9 A 15 HS.	contactos telefonicos con los jefes de los cesac y/o profesionales de planta de los Cesacinformacion-convocatoria	dic-14
ETAPA 2 encuentros individuales con los profesionales de planta presentacion del consentimiento informado y aplicación del cuestionario	10 de enero al 10 de octubre 2015	L-M-V	9 A 12 Y DE 13 A 16 HS	CESACencuentros individuales con los profesionales de planta presentacion del consentimiento informado y aplicación del cuestionario	oct-15
ETAPA 3: entrevistas individuales	10 de noviembre de 2015 a 10 de octubre de 2016	L-M-V	9 A 12 Y DE 13 A 16 HS	Entrevistas individuales semiestructuradas	oct-16

Se consideraron para el desarrollo de la investigación el conocimiento por parte de los profesionales de planta de los Cesac de las normas y leyes relacionadas con la salud integral de este grupo de edad, tanto Nacionales como de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; las opiniones de los profesionales acerca de los espacios

organizacionales, las acciones integrativas como la interdisciplina, las acciones intersectoriales y los espacios de educación permanente y concertación técnica en el marco del programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res.1751/08).

El presente trabajo de investigación, transversal, descriptivo y analítico, ha sido confeccionada a partir de un diseño mixto, cuali- cuantitativo, buscando describir y analizar, tal como lo expresa Sampieri y colaboradores ⁽³²⁷⁾, la visión de los profesionales de planta acerca de la dinámica de la construcción de la lógica de salud integral de los la las adolescentes en los procesos de producción de salud con relación a las problemáticas complejas que presentan los sujetos de este grupo de edad, según los diagnósticos/motivos de consulta (D/M), que se registran a partir del Sistema de evaluación estadística(Sicesac) en los Centros de salud y acción comunitaria, el abordaje que realizan los profesionales y equipos por medio de las intervenciones y acciones que conforman los procesos de trabajo en el marco del programa de salud integral de los adolescentes y su implementación en lo cotidiano, contextualizado y territorial, considerando los espacios organizacionales de educación permanente a fin de poder obtener información acerca de la visión, la implicancia y la magnitud en la actualidad que tienen los profesionales respecto de la dinámica de esta lógica en el campo de las prácticas en el 1er. Nivel de atención de salud, ⁽³²⁷⁾.

La recolección y análisis de datos con enfoque cuantitativo se ha realizado en una primera etapa con relación a las preguntas aplicadas en el cuestionario en la medida en que han permitido establecer cierto nivel de conocimiento, respecto de las normas y leyes y además conductas o comportamientos y con relación a ciertas opiniones, consultadas a los participantes respecto a características organizacionales, composición del equipo interdisciplinario, y diseño de procesos de trabajo.

El enfoque cualitativo utilizado en la segunda etapa del proceso a partir de las entrevistas individuales y semiestructuradas a los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria ha permitido, profundizar en situaciones, observaciones y descripciones, facilitando la contextualización con el ambiente y el entorno, el acercamiento a diferentes experiencias personales de los participantes-

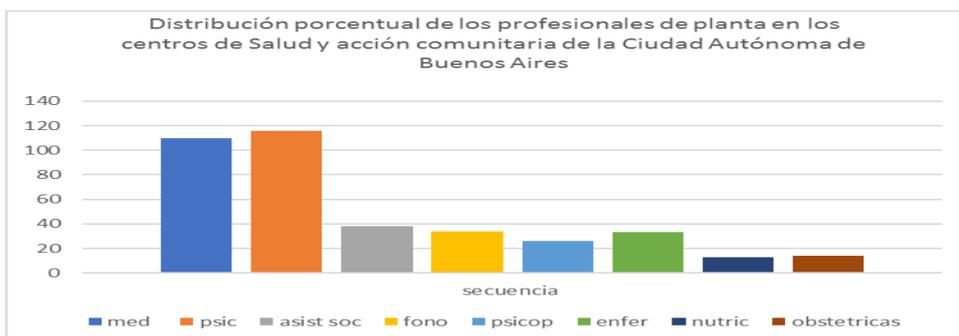
El universo de esta investigación está conformado por profesionales de planta de los centros de salud y Acción comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: médicos, psicólogos, asistentes sociales, fonoaudiólogos, psicopedagogos, enfermeros, nutricionistas y obstétricas que atienden adolescentes en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que conforman un total de 384 profesionales, considerando dentro de los profesionales médicos de planta diversas especialidades (Ver anexo 5).

La conformación de dicho universo en el año 2014, según datos brindados por el Programa de Salud integral de los adolescentes y Jóvenes (Res.1751/08 GCBA) (10) con relación a la distribución porcentual por profesión en un total de 44 Centros de Salud y Acción comunitaria, resulta estar conformado por 110 médicos, que representan el 28,6% del total de profesionales; 116 psicólogos que representan el 30,2 %; 38 asistentes sociales que representan el 9,8%; 34 fonoaudiólogos, 8,8%; 26 psicopedagogos, 6,7%; 33 enfermeros, el 8,5%; 13 nutricionistas ,el 3,3% y 14 obstétricas, el 3,6% del total de profesionales de planta, datos que se muestran a continuación en la tabla 6 y en la tabla 7 se muestran las especialidades médicas, de profesionales de planta con datos aportados por el Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes (Res.1751 GCBA), en el año 2014.

Tabla 6 Distribución porcentual de los profesionales de planta en los Cesac de CABA

profesion	frecuencia	porcentaje	porcentaje acumulado
medicos	110	28,6	28,6
psicologos	116	30,2	58,8
asistentes sociales	38	9,8	68,6
fonoaudiologos	34	8,8	77,4
psicopedagogos	26	6,7	84,1
enfermeros	33	8,5	92,6
nutricionistas	13	3,3	95,9
obstetricas	14	3,6	99,5
total 384	384	99,5	99,5

Grafico 6: Distribución porcentual de los profesionales de planta en los centros de Salud y acción comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de profesionales de planta (10).

Tabla 8: Distribución porcentual de los profesionales médicos de planta por especialidad.

esp medica	frecuencia	porcentaje	porcentaje acum
medicos de familia	20	18,1	18,1
medicos generalistas	25	22,7	40,8
hebiatras	15	13,6	54,4
pediatras	30	27,2	81,6
psiquiatras	12	10,9	91,9
obstetras	8	7,2	99,1
total	110	99,7	99,7

Gráfico 7: Distribución porcentual de los profesionales médicos de planta por especialidad



Fuente: Elaboración propia según datos obtenidos del programa de salud integral de los adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ⁽¹⁰⁾.

7.2.: Etapa de recolección de los datos:

La recolección de datos fue realizada en 3 etapas: la primera consistió, en realizar un acercamiento a través de un primer contacto por vía telefónica a los profesionales de planta de los Cesac; en la segunda etapa se realizaron encuentros individuales en los centros de salud donde pertenecía cada profesional donde registraba su nombramiento de planta y se aplicó un cuestionario auto administrado; en la tercera etapa se administró una entrevista individual semiestructurada, en cada centro de

salud donde pertenecía cada profesional y donde registraba su nombramiento de planta.

Primera etapa: *Acercamiento y convocatoria*: Construcción de un primer acercamiento, a los profesionales de planta de cada centro de salud, a través de un contacto telefónico con los profesionales de Planta en los centros de salud y Acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a partir del cual se intenta tomar contacto, presentar el estudio, y la posibilidad de participar en él. Posteriormente se acordó un encuentro con el/los profesional/les de planta, pudiendo pactar fecha, hora y lugar, y tiempo aproximado para cumplimentar las respuestas al cuestionario, siendo en todos los casos el centro de salud y Acción comunitaria, asegurando previamente una ubicación y disponibilidad de tiempo suficiente para primeramente responder el cuestionario sin interrupciones a fin de poder obtener los datos, para un posterior estudio relacionado con la dinámica de aplicación de la lógica de salud integral de los y las adolescentes en los procesos de trabajo en el Centro de salud y Acción comunitaria.

Segunda etapa: *Encuentros individuales aplicación de cuestionario* para realizar el cuestionario en forma anónima y auto administrada, en los centros de salud y Acción comunitaria a los profesionales de planta. Fue entregado, un consentimiento informado y se aclaró la posibilidad de renunciar a la participación en la investigación,

incluso en ese momento. Sólo cuando el consentimiento fue firmado, se dio por comenzado el encuentro para la confección del cuestionario varias estrategias de recogida de información. Para el cumplimiento de las respuestas del cuestionario, se explican nuevamente los objetivos de la investigación, se da a conocer el consentimiento informado, y se acuerda en el mismo encuentro, una posterior entrevista para la realización de la encuesta, estipulando aproximadamente los tiempos de la entrevista dentro de las características expresadas anteriormente; fecha, hora, lugar, espacio y tiempo sin interrupciones, y también resaltando la importancia de la confidencialidad dentro de las mejores condiciones de disponibilidad en el centro de salud. Estos primeros encuentros tuvieron una duración media aproximada de 1 hora y media.

Tercera etapa: *Entrevistas individuales* semiestructuradas, en los centros de salud y Acción comunitaria, para obtener información de los profesionales de planta en los centros de salud y Acción comunitaria, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, fundamentada en las percepciones, creencias, opiniones, significados y actitudes, por lo cual se convierte en una valiosa técnica para este trabajo ⁽³²⁸⁾. Teniendo en cuenta el objetivo de este estudio, en cuanto a describir la visión de los profesionales de planta acerca de la construcción de la salud integral para el abordaje de las problemáticas complejas actuales de los y las adolescentes, así como también, opiniones acerca de la implementación de los espacios organizacionales de educación permanente y concertación técnica se consideró que la entrevista

individual semiestructurada era facilitadora para promover sensibilidad en cuanto a estos temas. Estos encuentros tuvieron una duración media aproximada de 2 horas

La utilización de esta técnica responde a la intencionalidad de poder relevar y capturar, no solo lo que el participante dice, sino intentar profundizar en sus consideraciones, acciones,

7.3. Objetivos: Objetivo general

Describir y analizar la visión y opinión de los profesionales de planta que integran el Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes Res.1751/08 MSGCBA en los Centros de salud y acción comunitaria (Cesac) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) acerca de la salud integral de los y las adolescentes como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en relación con aspectos organizacionales, de conocimiento, y de prácticas integrativas y educación permanente en el campo de la salud pública.

7.4. Objetivos específicos:

1-Establecer el nivel de conocimiento de los profesionales de planta de los Centro de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires respecto de los marcos normativos referidos a la salud integral de los adolescentes y jóvenes a nivel Nacional Argentino y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y respecto del Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Resolución 1751/08 MSGCBA).

2- Describir la percepción de los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en las acciones interdisciplinarias en los Centros de salud y Acción Comunitaria (Cesac) de la CABA en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes.

3- Identificar la visión de los profesionales de planta con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en las acciones intersectoriales en los Centros de salud y Acción Comunitaria (Cesac) de la CABA en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes.

4-Analizar la opinión de los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en espacios organizacionales cotidianos contextualizados y territoriales de educación permanente en el Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes en los Centros de Salud de la CABA.

7.5. Variables dimensiones y categorías:

Las variables se relacionan con datos sociodemográficos de los centros de salud y acción comunitaria, georreferenciación y relación con el área programática del Hospital efector General de Agudos, caracterización personal y perfil profesional : 1- Edad, sexo, antigüedad en el efector; 2-nivel de conocimiento respecto al marco normativo existente referido a la salud integral de adolescentes y jóvenes, tanto nacional como en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el conocimiento del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 3-Equipo profesional: características del equipo profesional, tanto individuales, como grupales, mediante el acercamiento a la percepción los aspectos relacionales del equipo en los procesos de trabajo: espacios organizacionales de concertación técnica no episódica, y el acercamiento al micronivel de análisis de las relaciones internas de los integrantes del equipo; 4-Aspectos organizacionales percepción de las practicas integrativas con respecto a espacios organizacionales interdisciplinarias e intersectoriales y de educación permanente tomando en cuenta la metodología y los aspectos operativos, como se muestra en el cuadro 39 :

Cuadro 39: Variables -categorías y dimensiones

variables	categorías	dimensiones
caracterización y perfil de profesionales de planta	sexo edad antigüedad	masculino femenino medico psicologo fonoaudiologo nutricionista enfermero asistente social- obstetra-obstetrica/o
conocimiento de marco normativo y programático	Leyes Nacionales -Leyes de la Caba y Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes CABA	conocimiento total conocimiento de contenidos desconocimiento de contenidos desconocimiento de la existencia
Equipo profesional	integrantes-interrelaciones comunicación encuentros	comunicación interrelacion cohesion
aspectos organizacionales	interdisciplina intersectorialidad educación permanente	integración contexto cotidianeidad territorialidad cooperación colaboración reflexión

7.6.: Aplicación de técnicas e instrumentos:

7.6.1.: Cuestionario:

A cada profesional de planta de los centros de salud y Acción Comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se le aplicó un cuestionario anónimo, y auto administrado para obtener datos sociodemográficos, caracterización personal y acerca del perfil profesional, a fin de aportar datos para la investigación en la medida

en que se consideró un elemento generador de discurso, con respecto a aspectos formativos y profesionales.

En dicho cuestionario, se intentó esclarecer el nivel de conocimiento de los profesionales respecto de las Leyes actuales existentes en la República Argentina, referidas a la salud integral de los y las adolescentes y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y también del programa de salud integral de los Adolescentes y Jóvenes por Resolución 1751/08, del Ministerio de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La aplicación del cuestionario auto administrado se realizó luego de un previo contacto telefónico a fin de acordar un encuentro en el lugar de trabajo del profesional, en el Centro de salud y acción comunitaria: día, lugar, fecha y hora de la entrevista, en el marco del programa de salud integral de los y las adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Una vez en presencia del profesional, fue presentado a cada uno el consentimiento informado, fueron aclarados los tiempos de la entrevista, los objetivos de la investigación, se presentó el cuestionario, se explicó la forma de completarlo y se dio un espacio para poder ser aclaradas las dudas presentadas por el encuestado

Con este instrumento además de intentar esclarecer el nivel de conocimiento de las normas y leyes actuales, se trató de recoger información acerca del conocimiento del Programa de salud Integral de adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A través de las preguntas del cuestionario aplicado a los profesionales se trató de guiar algunos objetivos de la investigación, a fin de poder, conocer percepciones, opiniones, y consideraciones que hacen a la visión de salud integral y su dinámica en distintos aspectos en los procesos de trabajo y respecto de la aplicación de acciones integrativas en el marco del programa de salud integral de los adolescentes y las consideraciones de la utilización de los espacios organizacionales de concertación técnica y educación permanente; tener en cuenta fortalezas y debilidades, y obtener información para considerar sugerencias.

7.6.2. Validación del cuestionario:

Fue considerada en este trabajo la validez de contenido, a partir de seleccionar previamente un grupo de profesionales que evaluaron cada una de las preguntas, pudiéndose determinar las que no estaban claras o incompletas, siendo revisadas y

parafraseadas, y evaluadas nuevamente, hasta poder ser determinadas como claras y válidas.

7.8. Entrevista

La entrevista individual, semiestructurada, en profundidad, fue implementada teniendo en cuenta de antemano el tipo de información a relevar, ha sido considerada como una herramienta importante para la recoger datos, en la medida en que permite profundizar acerca de las perspectivas de los participantes, y también ahondar en sus conceptualizaciones y permite a los entrevistados, reflexionar sobre sus propios posicionamientos, pudiendo cambiar de discurso a lo largo del encuentro.

La entrevista en profundidad, facilitó comprender y permitió conformar un corpus de datos discursivos, a ser analizados e interpretados y obtener respuestas emocionales, frente a lo racional, por lo cual no fue registrado un esquema fijo de respuestas, y características de las preguntas, ya que en ocasiones se alteró el orden, de las preguntas, se interrumpió cuando fue necesario, se pudo matizar, reconducir y adecuar el ritmo de la entrevista según las respuestas recibidas, con posibilidades de aclarar el objeto de estudio, explicar el sentido de la pregunta crear juicios, valores u opiniones.

La entrevista en profundidad se estructuró en base a las siguientes dimensiones: caracterización del perfil sociodemográfico de los profesionales; consideración acerca del trabajo de equipo referente en el marco del programa de salud integral de los adolescentes; opinión acerca de las acciones del equipo en el marco de la Interdisciplina; aspectos técnicos de la Intersectorialidad y factores facilitadores de su aplicación en los equipos de salud; percepción de los espacios organizacionales de educación permanente en los centros de salud.

El registro de los datos, ante la negativa de los profesionales de acceder a la grabación de estos, se realizó a partir de un diario de campo, anotaciones continuas, teniendo en cuenta y valorando el contexto del encuentro, la comunicación verbal y no verbal, presencia, la postura, la forma de expresarse, de moverse y de gesticular, así como las frases, las repeticiones, omisiones o titubeos, aspectos, acciones y actitudes relevantes, del entrevistado.

7.9. Diario de Investigación:

La utilización del diario para la recogida de datos ajustados al contexto, en este caso de los centros de salud y Acción comunitaria de los centros de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ayudó a conocer las impresiones y sensaciones

vividas, por los profesionales de planta en los encuentros establecidos, posibilitó la reestructuración y organización de las dinámicas diseñadas, a la vez que permitió evaluar los encuentros, recogiendo y tomando conciencia de los procesos que se desarrollaban durante los mismos.

A través del diario de investigación, fue posible recoger las connotaciones, que fueron surgiendo a lo largo de los distintos encuentros, de manera tal que permitió mejorar ciertos aspectos detectados, y reforzar dinámicas, informaciones relevantes, no presentes en otros instrumentos, y a la vez recoger información sintética, en el marco de un contacto directo con el contexto, reflejar experiencias, como instrumento que estimula la crítica, la autorreflexión, y tal como lo dice Diaz Noguera, tiene un especial valor, como registro de vivencias, experiencias y pensamientos, en la medida en que facilita la toma de conciencia de una determinadas situación, posibilita juicios, y decisiones, ⁽³²⁹⁾.

Durante los encuentros de la investigación, para la redacción del diario de investigación fueron consideradas categorías de observación referidas a la puesta en práctica de dichos encuentros, aspectos organizativos y características.

Con referencia a los encuentros con los profesionales de planta, de los centros de salud y Acción comunitaria, tanto en la primera etapa para la presentación del cuestionarios auto administrados y anónimos, como en la segunda etapa de las entrevistas individuales semiestructuradas, la redacción del diario se basó, en las dimensiones básicas, teniendo en cuenta el desarrollo de Díaz Noguera (329) : encuentros propiamente dichos, nivel de intervención, relacionado con la interrelación, dinámica del encuentro, estrategias utilizadas, comentarios, sugerencias o modificaciones y aspectos organizativos, teniendo en cuenta la adaptación a los espacios físicos, las condiciones espaciales del lugar del encuentro, el contexto de enmarcación, la secuenciación, la distribución temporal de las actividades, propuestas, sugerencias.

Teniendo en cuenta estos aspectos, este instrumento, permitió valorar, y mejorar el diseño y desarrollo de los encuentros propuestos para la investigación, y contribuyó a enriquecer nuevos espacios.

7.10: Limitaciones del estudio:

Las limitaciones de este estudio se relacionaron con las eventualidades, y contingencias referidas a ciertas ausencias de los profesionales, postergación de los

encuentros, anulación de fechas, y reprogramación de cronograma de entrevistas, dilación de los tiempos de confección de cuestionarios y entrevistas, cambios de autoridades, y dinámica de los centros de salud, dificultades de traslado, obstáculos en las autorizaciones de los directores de los centros para que los profesionales accedan a los encuentros estipulados y considerados en el desarrollo de la investigación.

Es necesario agregar, limitaciones respecto de la movilidad de los profesionales con relación a horarios, y espacios físicos en los centros de salud, así como con relación a las entrevistas se consideró la negativa de los profesionales, a que sean grabadas, por lo cual se implementó un registro de campo, y se buscó la coherencia entre los objetivos y la metodología de recogida de datos y análisis, ya que si bien, ha favorecido en cierta manera la profundización y exploración de ciertos aspectos, también ha limitado ciertas posibilidades, lo que permite asegurar que el tema puede seguir siendo explorado en otros estudios y trabajos.

Es importante mencionar la posibilidad de cierto sesgo en las respuestas, tanto del cuestionario, como en las entrevistas, ya que los profesionales pudieron verse influenciados, por el contexto y el ambiente en la medida en que fueron aplicadas, en los mismos lugares de trabajo, lo que por un lado beneficia en las posibilidades de contacto directo con el campo, el ambiente, entorno, contexto de los procesos de

trabajo, y observación de la realidad y por otro juega un papel condicionante en ciertos profesionales y en algunas respuestas, respecto de la influencia que ejerce dicha situación .

Es adecuado destacar, aspectos relacionados con el guion de la entrevista, ya que por mi perfil profesional, y las funciones que desempeño, fue detalladamente analizado para no influir en las respuestas, y en ninguno de los profesionales de planta entrevistados, pues ninguno conocía, mi opinión sobre el tema, ni se facilitó información ni previa, ni final, para evitar la influencia en los participantes, si bien ciertos profesionales buscaron comentarios, gestos y señales de aprobación respecto a sus posicionamientos, ha sido posible aclarar verbalmente la imposibilidad de verter opiniones durante las entrevistas, pero no es posible asegurar la no influencia de mi perfil profesional.

7.11: Nivel analítico:

7.11.1. Generalidades: Ejes considerados en los pasos y etapas de análisis:

Los ejes que se consideraron en los pasos y etapas del análisis de los datos recolectados se relacionan con las líneas conceptuales aplicadas en la preparación de los instrumentos de recogida de la información del presente trabajo, relacionadas con 1) la salud integral de los y las adolescentes según la OMS, ⁽¹³⁷⁾, y la aplicación de la lógica de pensamiento amplia que refiere a la salud integral de los y las adolescentes, para la aplicación de nuevos posibles, en los procesos de trabajo en salud de los profesionales y equipos, en los Centros de salud y Acción comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el conocimiento de las leyes existentes en la actualidad en la República Argentina y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respecto a la salud integral de los adolescentes; el conocimiento del marco del Programa Nacional de los adolescentes y del programa de adolescentes y Jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res. 1751/08 MSGC); 2: interrelaciones que implican la constitución de un equipo de trabajo, siguiendo a Robbins, composición del equipo, aptitudes, personalidades, roles, diversidad, flexibilidad, la disposición para solucionar problemas, tomar decisiones, resolver conflictos, colaborar, cooperar, tener una escucha activa, adaptabilidad, aspectos que promueven u obstaculizan la tarea ⁽¹¹⁴⁾; 3) se tuvo en cuenta la perspectiva teórica de los indicadores desarrollados por Schejter, en relación con la interdisciplina, ⁽²⁹²⁾; 4) para el abordaje de la intersectorialidad se tuvo en cuenta el desarrollo de los

factores desencadenantes del desarrollo de la intersectorialidad según Castell Florit Serrate ⁽²⁹⁵⁾; 5) con relación a los espacios organizacionales en educación permanente se aplicaron los conceptos de Merhy, referidos a la colaboración, cooperación y reflexión en los espacios cotidianos ⁽¹⁵⁸⁾.

En el caso del cuestionario, se utilizaron preguntas cerradas, en escala, agrupadas en 6 partes y en cada una de las partes se enfocan diferentes aspectos los cuales hacen referencia a : parte 1 : Datos sociodemográficos, caracterizaciones y perfiles profesionales; parte 2) conocimientos de las leyes, normas Nacionales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, referidas a la salud integral y derechos de los y las adolescentes y del Programa de salud integral de los adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; parte 3) aspectos relacionados con la construcción de la visión de salud integral de los y las adolescentes en los procesos de trabajo relacionadas con las intervenciones y acciones de promoción, prevención, educación para la salud teniendo en cuenta el análisis de situación de salud tanto de la comunidad, como de la familia, diagnóstico, planificación, seguimiento y evaluación, considerando la articulación de opiniones y la combinación de saberes; parte 4) Opiniones respecto a la interdisciplina relacionados con :a) intercambio de criterios entre los profesionales según un caso o problema b) planteo conjunto de los problemas entre los profesionales, pudiendo redefinir y acordar aspectos complejos de la situación, desde diferentes perspectivas y concepciones; c) posibilidad conjunta entre todos los integrantes del equipo de referencia de relevar datos, mejorar el

diagnostico, y generar un espacio conjunto organizacional, para producción y evaluación; d) promover una mirada y una lógica de salud integral de los y las adolescentes en las acciones y el abordaje de las problemáticas con una visión amplia del propio quehacer en el marco de los procesos de trabajo a partir de la construcción de sentido; e) Posibilidad de percibir diferentes aportes de las distintas disciplinas siendo valorados y reconocidos por sí mismo y por los otros profesionales en los procesos de trabajo del equipo, desde la cotidianidad, no como algo aislado, sino como una acción en el marco del programa; f) reconocimiento y contención referido a las tareas, tanto las que un profesional puede realizar o no realizar, compartir responsabilidades, y ejercer autocontrol desde cada integrante del equipo de referencia; g) Modalidades de intercambio, como red de contención en relación a afecto, humildad, tolerancia, elaboración de ayuda 9) Intercambio como aspecto organizacional en las intervenciones valorando la lógica de salud integral hacia el sujeto adolescente frente al sesgo de la visión disciplinaria, credibilidad, respaldo y reconocimiento hacia un abordaje amplio 10) Intercambio en la construcción de reglas, en forma conjunta, límites, y normas, de funcionamiento, del equipo, seguimiento acompañamiento y cuidado de los sujetos adolescentes 11) Interacción de estimulación entre los integrantes del equipo, creación de nuevos dispositivos, intercambio de opciones, acuerdos y tareas, (292); parte 5): Consideraciones de intersectorialidad, con relación a aspectos técnicos, referidos a componentes y factores facilitadores en los equipos de referencia para su aplicación: colaboración comunicación, análisis del abordaje de los problemas complejos que presentan los y las adolescentes, interacción, dinámica concertación, y evaluación (295); parte 6)

Opiniones y consideraciones de los profesionales respecto de las acciones de educación permanente acerca de actualización de la práctica; análisis de la situación problema; la resolución de problemas, el cambio organizacional, abordaje resolutivo reflexión de las practicas; desarrollo y mejora en las relaciones y vínculos para fortalecimiento del equipo profesional, importancia de la relación con el proceso de trabajo en vivo, la periodicidad continua (157)

A partir del registro de los datos, se ordenaron los formularios del cuestionario, y se agruparon, según lugar, fecha y hora de la aplicación se obtuvieron y se distribuyeron las frecuencias, se establecieron los porcentajes y se crearon los gráficos.

En el caso de la entrevista, se realizó el análisis del discurso, a partir de la codificación-categorización-integración y las correspondientes estrategias de verificación-a fin de rescatar las construcciones que subyacen al colectivo de profesionales de planta teniendo en cuenta ideas, formas de pensar, formas de hablar, practicas, relaciones sociales e institucionales, uso del lenguaje.

Se procedió al registro de ideas y contenidos a medida que fueron surgiendo y la organización de archivos y antecedentes como estructurante paralelo a la recolección

de datos y se consideraron situaciones emergentes, cuya resolución fue dada en el momento según magnitud de la situación y posibilidades.

Reducción de datos: La categorización de unidades de contenido-codificación y síntesis de la información obtenida, se registró a partir de las notas del diario de investigación con relación a la observación participante y entrevista focalizada con los profesionales en cada uno de los centros de Salud y Acción comunitaria y se realizaron diagramas de síntesis.

Validación: presencia en el campo, visitas a los centros de salud con intercambio de opiniones con profesionales- reuniones de grupo- validez de consenso- validez de cara a cara.

Calidad: Credibilidad: Ampliación explicativa positiva y negativa- en consistencia con diferentes puntos de vistas y perspectivas de los profesionales.

Aplicabilidad: Posibilidad de transferencia de los datos en distintos espacios con similares características diferentes Centros de salud.

Consistencia: Obtener mismos resultados en diferentes espacios de investigación.

Neutralidad: posibilidades de independencia de los datos, minimizar los sesgos

7.11.2: Proceso de análisis: Cuestionario:

Cuestionario Parte 1: Datos sociodemográficos, caracterizaciones y perfiles profesionales: edad-sexo-años de antigüedad en la profesión antigüedad en el efector.

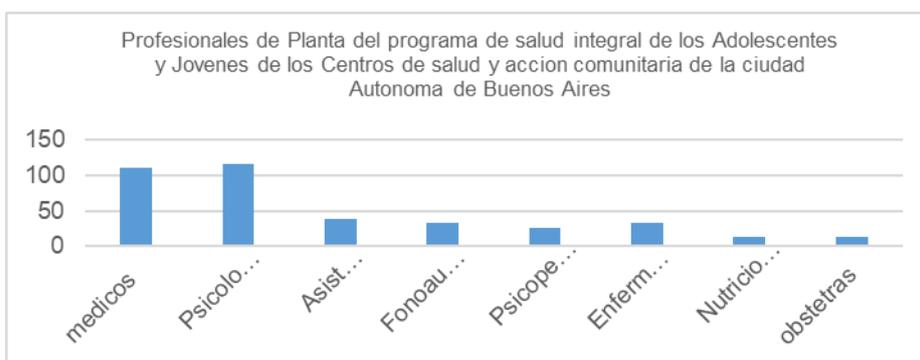
Se ha elaborado una tabla, con los datos de los profesionales de planta de cada CESAC, teniendo en cuenta como criterio de inclusión que dichos profesionales atiendan adolescentes, y refieran pertenecer al Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires(Res.1751) compuesto por datos referentes a profesión, Centro de Salud, y Hospital de referencia, con fin de poder establecer el total de profesionales con los cuales tomar contacto para el presente trabajo de investigación.

Tabla 7 Profesionales de Planta por Centro de salud y la referencia a Hospitales Generales de Agudos del Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes /Res 1751 MSGC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

hospital	Cesac	medicos	psicologos	Asist.sociales	fonaudiologos	psicopedagogos	enfermeros	nutricionistas	obstetricas
ARGERICH	7009 7015 7041 7081 7088 7010 7016 7032 7030 7039 7035	3 4 4 3 3 4 4 3 3 3	2 4 2 1 2 2 1 2 1 2	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 2 1 1 1 1 1 1	1	
RAMOS MEJIA	7045	2	2	1	1		1		1
SANTOJANI	7053 7053 7057 7071 7028 7029	2 2 2 2 2 2	1 1 1 2 4 4	1 1 1 1 1 2	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	1	1
ALVAREZ	7034 7006 7014 7018 7019 7020 7024 7031 7040 7043 7044	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	3 3 2 3 3 4 3 4 3 3 4	1 1 1 2 2 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1	1
DURAND	7022 7023 7038 7033	2 2 2 2	4 4 3 3	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1	1
TORNU	7033	2	3	1			1	1	1
VELEZ SARRFIELD	7036	3	3	1	1		1		1
FERNANDEZ	7017 7021 7025 7026 7042	3 3 3 3 3	4 3 4 3 3	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1	1
PIROVANO	7022 7012 7027	3 3 2	4 3 3	1 1 1	5	1	1 1 1		1
total		110	116	38	34	26	33	13	14

Fuente : Elaboracion propia en base al analisis de las respuestas de la parte 1 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac.

Gráfico 8: Total de Profesionales de Planta por Centro de salud y Hospital del Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes (Res 1751 MSGC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

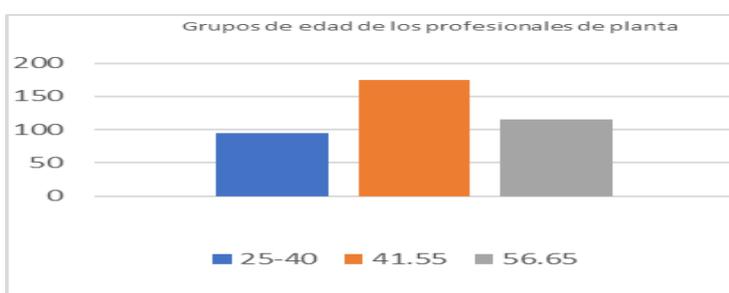


Fuente : Elaboracion propia en base al analisis de las respuestas de la parte 1 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac.

tablas 8: Grupos de edad de los Profesionales de Planta de los CESAC de la CABA

profesionales de planta por edad		
edad	frecuencia	porcentaje
25-40	95	24,7
41-55	174	45,3
56-65	115	29,9
	384	99,9

Gráfico 9 : Grupos de edad de los profesionales de planta de los CESAC en la CABA



Fuente : Elaboracion propia en base al analisis de las respuestas de la parte 1 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac

tablas 9: Profesionales de Planta de los Cesac de la CABA por sexo

Profesionales de Planta por sexo		
sexo	frecuencia	porcentaje
femenino	230	59,8
masculino	154	40,1
total	384	99,9

Gráfico 10 Profesionales de planta de los Cesac de la Caba por sexo

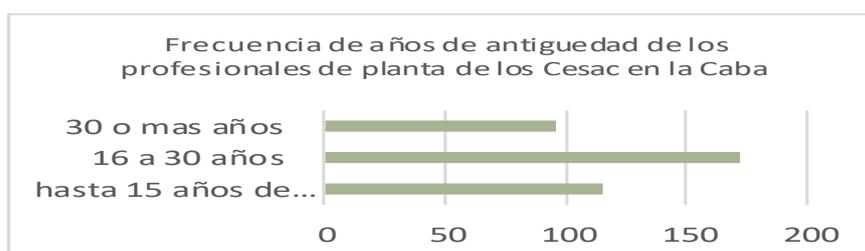


Fuente : Elaboracion propia en base al analisis de las respuestas de la parte 1 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac.

Tabla 10: Antigüedad de los profesionales de planta en el efector Cesac de la Caba

Años de antigüedad profesionales de planta en el efector		
Antigüedad	Frecuencia	porcentaje
hasta 15 años de antigüedad	115	29,8
16 a 30 años	173	45,1
30 o mas años	96	25,1

Gráfico 11 Antigüedad de los profesionales de planta en el efector Cesac de la Caba.



Fuente : Elaboracion propia en base al analisis de las respuestas de la parte 1 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac.

Cuestionario Parte 2: Conocimientos de las leyes, normas y programas de salud integral de los adolescentes Nacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Corresponden las siguientes preguntas:

a) ¿Qué conocimiento UD. considera tener de las siguientes Leyes Nacionales referidas a la salud integral y al marco de derechos de los y las Adolescentes?

b) Que conocimiento Ud. considera tener de las leyes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires referidas a la salud integral y al marco de derechos de los y las adolescentes?

c) ¿Qué conocimiento UD considera tener del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (¿Res?1751/08 MSGC

Para poder responder a la pregunta a) de la Parte 2 del cuestionario, fue presentado un cuadro en el cual se enumeran cada una de las leyes existentes en la actualidad a nivel nacional en Argentina, referidas a la salud integral y al marco de derechos de los y las adolescentes, con distintas opciones de respuesta para que los profesionales consignen su conocimiento acerca de la ley: Opción 1: conocimiento de los contenidos de la del ley y de todos los artículos; Opción 2: conocimientos generales sobre los contenidos sin especificar conocimiento de los artículos, Opción 3 desconocimiento de los contenidos de dicha ley y Opción 4: desconocimiento de la existencia de la ley por parte del profesional de planta entrevistado

Se solicitó a los profesionales que marcaran con una cruz la opción que consideraban más apropiada según su opinión, en relación con el conocimiento de cada ley.

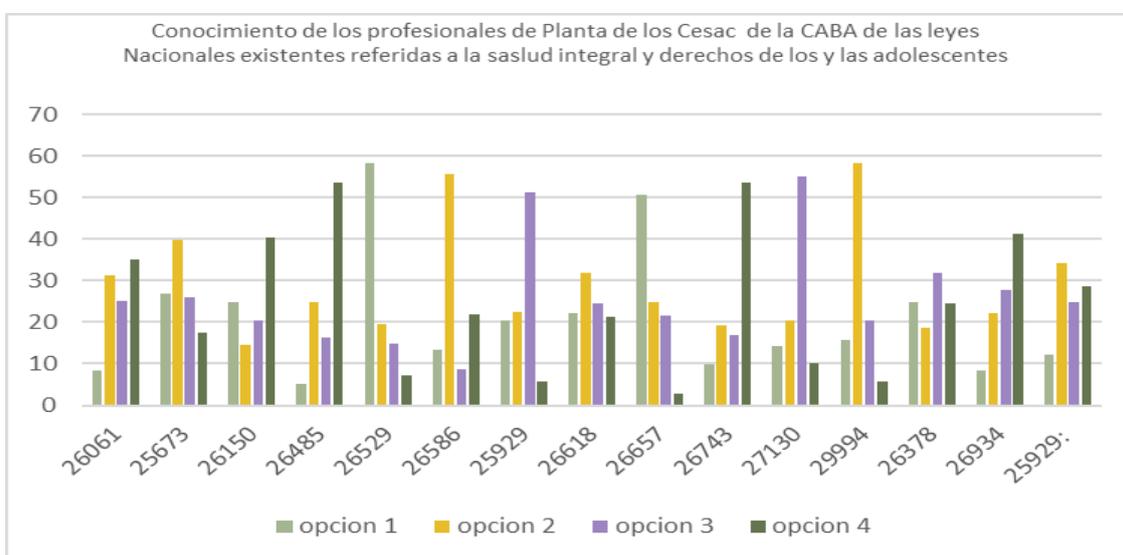
Puede inferirse de las respuestas obtenidas que la mayor cantidad de profesionales de planta 224 (58,3 %), conoce los artículos referidos a la ley 26529, de derechos del paciente y 195 profesionales, (50,7%) hacen referencia a conocer los artículos de la ley Nacional de salud mental 26.657; en relación con la segunda opción referida al conocimiento general de los contenidos de las leyes, es posible destacar que se obtuvieron 224 respuestas (58,3%) con referencia al conocimiento general del Código Civil y Comercial y 214 respuestas (55,7%), que refieren un conocimiento general respecto de la Ley de educación sobre adicciones y consumo indebido de drogas.

Tabla 11: Respuestas de los profesionales de planta de los Cesac de la Caba con referencia al conocimiento de las leyes Nacionales relacionadas con salud integral y derechos de los y las adolescentes

Leyes	opciones			
	1	2	3	4
26061	8,3	31,2	25,2	35,1
25673	26,8	39,8	26	17,4
26150	24,7	14,5	20,3	40,3
26485	5,2	24,7	16,4	53,6
26529	58,3	19,6	14,8	7,2
26586	13,5	55,7	8,8	21,8
25929	20,3	22,6	51,3	5,7
26618	22,1	32	24,4	21,3
26657	50,7	24,7	21,6	2,8
26743	9,8	19,2	16,9	53,7
27130	14,3	20,3	55,2	10,1
29994	15,6	58,3	20,3	5,7
26378	24,7	18,7	32	24,4
26934	8,3	22,3	27,8	41,4
25929:	12,2	34,3	24,7	28,6

Fuente : Elaboracion propia en base al analisis de las respuestas de la parte 2 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac referida al conocimiento leyes Nacionales relacionadas con salud integral y derechos de los y las adolescentes.

Grafico 12 Conocimiento de los profesionales de Planta de los Cesac de la CABA de las leyes Nacionales existentes referidas a la salud integral y derechos de los y las adolescentes.



Fuente : Elaboracion propia en base al analisis de las respuestas de la parte 2 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac referida al conocimiento leyes Nacionales relacionadas con salud integral y derechos de los y las adolescentes

Asimismo, es posible destacar aspectos significativos con relación al porcentaje de profesionales de planta que dicen desconocer el contenido referido a ciertas leyes ya que según las respuestas dadas: De un total de 384 profesionales de planta, 212 profesionales que representan el 55,2 % dicen desconocer la existencia de la ley de prevención del suicidio; 197 profesionales que representan el 51,3% dicen desconocer la ley de anticoncepción quirúrgica; con relación al desconocimiento de la existencia de la ley el 53,7% dice desconocer la existencia ley de identidad de género, y el 53, 6% dice desconocer la existencia de la ley de prevención de la violencia.

Con relación a los resultados obtenidos, se presenta a continuación la tabla 12: Leyes Nacionales con referencia a la salud integral y al marco de derechos de los y las adolescentes y relación con opciones de conocimiento y desconocimiento por parte de los profesionales de planta de los Cesac, en la que, teniendo en cuenta las opciones dadas a los profesionales, se trata de mostrar las leyes de las que los profesionales refieren tener mayor conocimiento y las leyes Nacionales que los profesionales refieren tener menor conocimiento o desconocer su existencia.

Tabla 12: Resultados obtenidos según respuestas dadas por los profesionales de planta de los Cesac de la Caba con relación al conocimiento y/ o desconocimiento de las Leyes Nacionales existentes con referencia a la salud integral y al marco de derechos de los y las adolescentes

conocimiento de todos los artículos de la ley	conocimientos generales de los contenidos	desconocimiento de los contenidos de la ley	desconocimiento de la existencia de la ley
1	2	3	4
26529 Ley Derechos del paciente 58%	29994 Código civil y comercial 58,3	27130 prevención del suicidio 55,2%	26743 Identidad de género 53,7%
26657 ley de salud mental 50,7%	26586 educación sobre adicciones y consumo indebido de drogas 55,7 %	LEY 25929 anticoncepción quirúrgica 51,3	26485 prevención de la violencia 53,6%

Fuente : Elaboración propia en base al análisis de las respuestas de la parte 2 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac referida al conocimiento leyes Nacionales relacionadas con salud integral y derechos de los y las adolescentes

De los datos presentados en la tabla 13, es posible inferir que el mayor conocimiento de todos los artículos de la ley por parte de los profesionales de planta respecto de las Leyes Nacionales se relaciona con las leyes 26529 de Derechos del paciente 58%, la 26657 de Salud Mental 50,7%, y que respecto a la ley 29994 que es

el Código Civil y Comercial el 58,3% refiere tener conocimientos generales de los contenidos, así como también de la Ley Nacional 26586 de Educación sobre adicciones y consumo indebido de drogas; el menor nivel de conocimiento de contenidos y el desconocimiento de la existencia de la ley está en relación con la 27130 de Prevención del suicidio (55,2%), la ley 25929 de anticoncepción quirúrgica (51,3 %); la ley 26743 (53,7%) y la 26.485 de prevención de la violencia 53,6%. (ver tabla anexa).

b) ¿Qué conocimiento UD. Considera tener de las Leyes de la Ciudad de Buenos Aires referidas a la

Para poder responder a esta pregunta b) de la Parte 2 del cuestionario, fue presentado un cuadro en el cual fueron enumeradas las leyes existentes en la actualidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, referidas a la salud integral y al marco de derechos de los y las adolescentes, con distintas opciones de respuesta para que los profesionales, según su opinión, consignen el conocimiento acerca de la ley: la primera opción fue referida al conocimiento de los contenidos de la ley y de todos los artículos; la segunda opción refería los conocimientos generales sobre los contenidos sin especificar conocimiento de los artículos, la tercera opción refería al desconocimiento de los contenidos de dicha ley y la cuarta opción refería el

desconocimiento de la existencia de la ley por parte del profesional de planta entrevistado.

Se solicitó a los profesionales de planta que marcaran con una cruz la opción que consideraban más apropiada según su opinión, con relación al conocimiento de cada ley, de cuyas respuestas puede observarse que 224 profesionales de planta, que representan el 58,3%, dicen conocer los artículos en su totalidad de la ley 153 Básica de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 195 profesionales, el 50,7 %, dice conocer en su totalidad la ley 2316 de consentimiento informado; en relación con la segunda opción referida al conocimiento general de los contenidos de las leyes, lo cual implica no conocerla en su totalidad, solo algunos artículos, y en forma superficial, es posible destacar que 158 profesionales, el 41,1 % respondieron de forma afirmativa respecto de la ley 418 de salud sexual y reproductiva y 167 profesionales, el 43,4 % respondieron de la misma manera con relación a la ley 448 de salud mental.

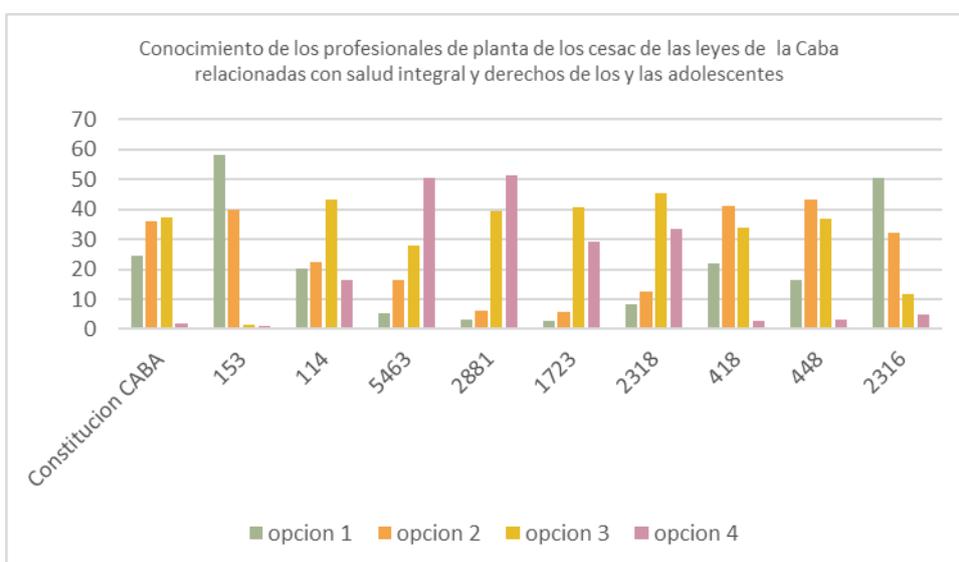
En la tabla 14: Conocimiento de los profesionales de planta de los Cesac de las leyes de la Caba relacionadas con la salud integral y derechos de los y las adolescentes, se intenta mostrar los porcentajes obtenidos en relación con las respuestas dadas por los profesionales de planta, según las diferentes opciones presentadas

Tabla 13: Resultados obtenidos según respuestas dadas por los profesionales de planta de los Cesac de la Caba con relación al conocimiento y/ o desconocimiento de las Leyes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existentes con referencia a la salud integral y al marco de derechos de los y las adolescentes

Conocimiento de los profesionales de planta de los cesac de las leyes de la Caba relacionadas con salud integral y derechos de los y las adolescentes				
Leyes CABA	1	2	3	4
Constitucion CABA	24,7	35,9	37,2	2
153	58,3	39,9	1,5	1
114	20,3	22,3	43,4	16,4
5463	5,2	16,4	27,8	50,5
2881	3,1	6,25	39,3	51,3
1723	2,6	5,9	40,6	29,1
2318	8,3	12,5	45,5	33,5
418	22,1	41,1	33,8	2,8
448	16,6	43,4	36,7	3,1
2316	50,7	32,2	11,9	4,9

Fuente : Elaboracion propia en base al analisis de las respuestas de la parte 2 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac referida al conocimiento de las leyes existentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires relacionadas con salud integral y derechos de los y las adolescentes

Gráfico 13 Conocimiento de los Profesionales de Planta de los Cesac de las Leyes de la Caba relacionadas con la salud integral y derechos de los y las adolescentes



Fuente Elaboracion propia en base al analisis de las respuestas de la parte 2 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac referida al conocimiento de las leyes existentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires relacionadas con salud integral y derechos de los y las adolescentes

Asimismo, es posible considerar aspectos significativos con relación a las respuestas obtenidas de la tercera opción referida a desconocer el contenido de las

leyes ya que según las respuestas dadas, 175 profesionales que representan el 45,5 % del total de profesionales de planta de los Cesac, dice no conocer el contenido de la ley 2318, de consumo de sustancias psicoactivas y 167 profesionales de planta, el 43,4%, refiere no conocer el contenido ni los artículos de la ley 114 de Protección integral de niños, niñas y adolescentes; con relación a la cuarta opción referida a desconocer la existencia de la ley, 197 profesionales el 51,3% responden no conocer la ley 2881, donde se estipulan los establecimientos para el cuidado de niñas, niños y adolescentes, y 194 profesionales , el 50,5 % refiere no conocer la existencia de la ley 5463, de indicadores de derechos de los niños, niñas y adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se presenta a continuación la tabla 14: Leyes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con referencia a la salud integral y al marco de derechos de los y las adolescentes y relación con opciones de conocimiento y desconocimiento por parte de los profesionales de planta de los Cesac: en la que se trata de mostrar, en forma de síntesis dichas leyes, según las cuales los profesionales de planta deben responder el conocimiento, poco conocimiento o desconocer su existencia.

Tabla 14: Resultados obtenidos según respuestas dadas por los profesionales de planta de los Cesac de la Caba con relación al conocimiento y/ o desconocimiento de las Leyes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existentes con referencia a la salud integral y al marco de derechos de los y las adolescentes

conocimiento de todos los articulos de la ley	conocimientos generales de los contenidos	desconocimiento de los contenidos de la ley	desconocimiento de la existencia de la ley
1	2	3	4
153 Ley basica de salud: 58,3 %	448 Ley de salud mental 43,4 %	2318: Consumo de sustancias psicoactivas 45,5 %	2881:Establecimiento de cuidados de niñas niños y adolescentes 51,3 %
2316: Ley de consentimiento informado: 50,7 %	418 Ley de salud sexual y reproductiva 41,1%	Ley de proteccion de niñas niños y adolescentes 43,4%	Indicadores de derechos de niñas, niños y adolescentes,50,5 %

Fuente : Elaboracion propia en base al analisis de las respuestas de la parte 2 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac referida al conocimiento de las leyes existentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires relacionadas con salud integral y derechos de los y las adolescentes

c) ¿Qué conocimiento UD considera tener del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res 1751/08 MSGCBA)?

Para poder responder a esta pregunta c) de la Parte 2 del cuestionario, fue presentado un cuadro con distintas opciones de respuesta para que los profesionales, según su opinión, consignen el conocimiento acerca del Programa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el cual la primera opción refería al conocimiento total, la segunda al conocimiento solo de algunos contenidos generales, la tercera opción refería al desconocimiento de los contenidos y la cuarta opción refería el desconocimiento de la existencia del programa por parte del profesional de planta entrevistado.

Se presenta a continuación la tabla 15: Opciones de conocimiento del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por parte de los profesionales de planta de los Centros de salud y Acción comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tabla 15: Respuesta obtenidas en relación con el conocimiento del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por parte de los profesionales de planta de los Centros de salud y Acción comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

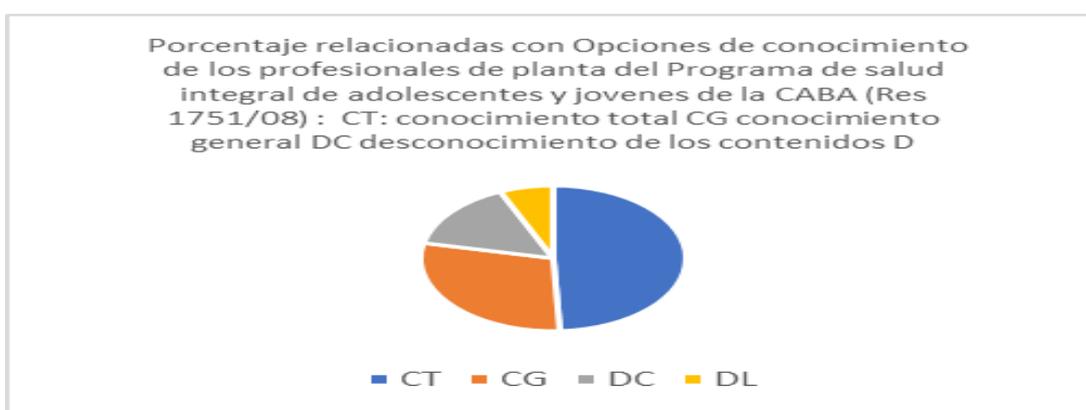
Opciones de conocimiento: CT: conocimiento total CG conocimiento general DC desconocimiento de los contenidos DL Desconocimiento de la existencia del Programa	CT	CG	DC	DL
Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires .Resolucion 1751/08 MSGCBA	189	112	58	25
	49,2	29,1	15,1	6,5

Surge del análisis de las respuestas, que 189 profesionales de planta, los cuales representan el 49,2 % del total refiere conocer totalmente el Programa, mientras que 112 (29%) hacen referencia a conocer solo algunos conceptos generales. Con respecto a desconocer los contenidos del programa solo 58 profesionales (15,1 %), responde afirmativamente y 25 profesionales (6,5 %), desconoce su existencia.

El grafico 15, destaca el 49,2 % como porcentaje altamente significativo en relación con el conocimiento de los profesionales de planta de los Cesac, con

respecto al Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes (Res. 1751/08 MSGCBA). Dicho porcentaje sumado al 29%, de profesionales que dice tener conocimientos generales del programa, permite inferir con relación al total de 384 profesionales de planta de los Cesac, que 301 profesionales que representa el 78, 3 % conoce en su totalidad o conceptos generales de dicho programa en la Caba.

Gráfico 14 Porcentaje relacionados con opciones de conocimiento de los profesionales de planta del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de la CABA. (Res. 1751 /08).



Elaboracion propia en base al analisis de las respuestas de la parte 2 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac referida al conocimiento de las leyes existentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires relacionadas con salud integral y derechos de los y las adolescentes.

Cuestionario Parte 3: Aspectos relacionados con la construcción de la visión de salud integral de los y las adolescentes en los procesos de trabajo relacionadas con las intervenciones y acciones de promoción, prevención, educación para la salud teniendo en cuenta el análisis de situación de salud tanto de la comunidad, como de la familia, diagnóstico, planificación, seguimiento y evaluación, considerando la articulación de opiniones y la combinación de saberes.

Corresponden las siguientes preguntas:

a) ¿Considera Ud. que es aplicado el enfoque de equipo interdisciplinario en el centro de salud y Acción Comunitaria para abordar la lógica de salud integral de los y las adolescentes en las intervenciones y acciones de promoción, prevención, educación para la salud desde los procesos de trabajo?

b) En su opinión son tenidos en cuenta por los profesionales del equipo de salud los aspectos biológicos, psicosociales, ambientales, culturales, políticos y la relación con los profesionales del sistema de salud para el análisis de situación de salud comunitario, familiar, planificación, evaluación y seguimiento en relación con D/M de intervenciones según las problemáticas complejas que presentan los adolescentes en los D/M de los Centros de salud y Acción comunitaria?

c) considera Ud. que se tienen en cuenta aspectos de interacción e interrelación de los profesionales en la estructuración de los espacios organizacionales en los procesos de trabajo en los centros de salud y acción comunitaria para la aplicación de la lógica de salud integral de los y las adolescentes?

d) ¿Considera Ud. que son valoradas las articulaciones entre los profesionales del sistema de salud con profesionales y equipos de diferentes sectores para la aplicación de la lógica de salud integral de los adolescentes teniendo en cuenta el enfoque de derechos, y la autonomía de los y las adolescentes?

e) ¿En su opinión teniendo en cuenta las opciones presentadas, como considera la existencia de las posibilidades de relevar datos, mejorar el diagnóstico, y generar un espacio conjunto organizacional, para producción y evaluación de los procesos de trabajo referidos a la salud integral de los y las adolescentes en el Centro de salud y Acción comunitaria entre todos los profesionales del equipo interdisciplinario?

Para poder relevar la opinión de los profesionales acerca de la aplicación de la lógica de salud integral de los y las adolescentes en los procesos de trabajo del equipo profesional en el Centro de salud, fue presentado un cuadro compuesto por preguntas y opciones relacionadas con los D/M referidos a las problemáticas

complejas registrados en los Cesac entre el año 2014 y 2015, teniendo en cuenta las siguientes opciones: S(siempre, en todos los casos);CS(casi siempre, en más del 50% de los casos);AV(a veces, menos del 50% de los casos);N(nunca, en ningún caso).

Se presenta la tabla 17 para mostrar las respuestas obtenidas de los profesionales de planta de los Cesac de la Caba, según sus opiniones con referencia a la aplicación de la lógica de salud integral de los y las adolescentes en los procesos de trabajo a partir de los diagnósticos o motivos de consulta de problemáticas complejas y teniendo en cuenta las opciones presentadas: siempre , en todos los casos: casi siempre;(más del 50% de los casos); a veces (menos del 50 % de los casos);nunca (en ningún caso):

Tabla 16: Opinión de los profesionales de planta de los Cesac de la Caba, acerca de la aplicación de la lógica de salud integral de los y las adolescentes en los procesos de trabajo

OPINION ACERCA DE LA APLICACIÓN DE LA LOGICA DE SALUD INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN LOS PROCESOS DE TRABAJO DEL EQUIPO PROFESIONAL EN EL CENTRO DE SALUD :								
Opciones en relacion a los casos D/M de problematicas complejas : S siempre en todos los casos ,CS casi siempre mas del 50 % de los casos , AV a veces menos del 50 % casos ;N nunca en ningun caso								
PREGUNTAS	S	%	CS	%	AV	%	N	%
	1		2		3		4	
a)¿Considera Ud. que es aplicado el enfoque de equipo interdisciplinario en el centro de salud y Acción Comunitaria para abordar la lógica de salud integral de los y las adolescentes en las intervenciones y acciones de promoción, prevención, educación para la salud desde los procesos de trabajo?	31	8	98	25,5	172	44,7	83	21,6
b)En su opinión son tenidos en cuenta por los profesionales del equipo de salud los aspectos biológicos, psicosociales, ambientales, culturales, políticos y la relación con los profesionales del sistema de salud para el análisis de situación de salud comunitario, familiar, planificación, evaluación y seguimiento en relación con D/M de intervenciones según las problemáticas complejas que presentan los adolescentes en los D/M de los Centros de salud y Acción comunitaria?	36	9,3	73	19	163	50,2	112	29,1
c) considera Ud. que se tienen en cuenta aspectos de interacción e interrelación de los profesionales en la estructuración de los espacios organizacionales en los procesos de trabajo en los centros de salud y acción comunitaria para la aplicación de la lógica de salud integral de los y las adolescentes?	63	16,4	43	11,1	85	22,1	193	50,2
d)¿Considera Ud. que son valoradas las articulaciones entre los profesionales del sistema de salud con profesionales y equipos de diferentes sectores para la aplicación de la lógica de salud integral de los adolescentes teniendo en cuenta el enfoque de derechos, y la autonomía de los y las adolescentes?	44	11,4	84	21,8	103	26,8	153	39,8
e)¿En su opinión teniendo en cuenta las opciones presentadas, como considera la existencia de las posibilidades de relevar datos, mejorar el diagnostico, y generar un espacio conjunto organizacional, para producción y evaluación de los procesos de trabajo referidos a la salud integral de los y las adolescentes en el Centro de salud y Acción comunitaria entre todos los profesionales del equipo interdisciplinario?	37	9,6	100	26	115	29,9	132	34,3

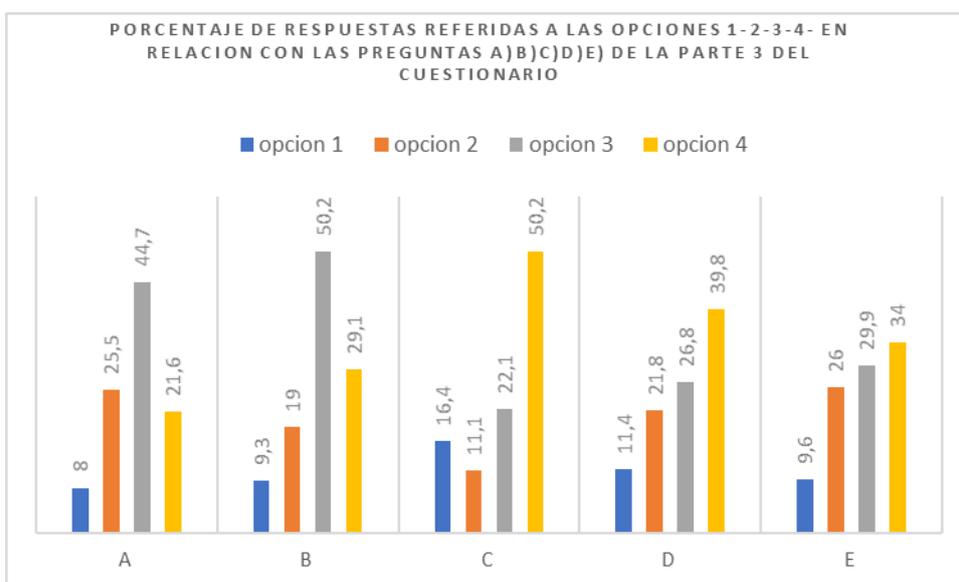
Los resultados obtenidos en relación a las respuestas dadas por los profesionales, dan cuenta que respecto de la pregunta a) 172 (44,7%) profesionales consideran que en menos del 50% de los casos, es aplicado el enfoque interdisciplinario para aplicar

la lógica de salud integral en el diseño de intervenciones y acciones de promoción, prevención, educación para la salud para el abordaje de problemáticas complejas; 98(25,5%) profesionales consideran su aplicación en el 50% de los casos o más; 83(21,6%) profesionales considera que nunca y 31 (8%) profesionales considera que nunca; con relación a las respuestas relacionadas con la pregunta b) 163 profesionales (50,2%) opinan que a veces, no siempre, los profesionales del equipo de salud tienen en cuenta los aspectos biológicos, psicosociales, ambientales, culturales, políticos y la relación con los profesionales del sistema de salud para el análisis de situación de salud comunitario, familiar, planificación, evaluación y seguimiento, 112 (29,1) profesionales, opina que nunca, en ningún caso; 73 (19%) profesionales opina que en el 50% de los casos y 36 (9,3%) de profesionales opina que siempre; con relación a la pregunta c) las respuestas de los profesionales dan cuenta que 193 (50,2%) considera que nunca se tienen en cuenta aspectos de interacción e interrelación de los profesionales en la estructuración de los espacios organizacionales en los procesos de trabajo en los centros de salud y acción comunitaria para la aplicación de la lógica de salud integral de los y las adolescentes, 85(22,1%) profesionales opina que solo en menos del 50% de los casos, 63(16,4%) profesionales opina que siempre y 43 (11,1%), opina que en más del 50% de los casos; de las respuestas obtenidas en la pregunta d) , se observa que 153 (39,8%) profesionales considera que nunca son valoradas las articulaciones entre los profesionales del sistema de salud con profesionales y equipos de diferentes sectores teniendo en cuenta el enfoque de derechos, y la autonomía de los y las adolescentes, en tanto que 103 (26,8%) profesionales considera que solo en menos del 50 % de los

casos, 84(21,8%) de profesionales opina que en el 50% de los casos y 44 (11,4%) profesionales opina que siempre; con relación a la pregunta e) referida a la existencia de posibilidades de relevar datos, mejorar el diagnostico, y generar espacios conjuntos organizacionales entre los profesionales del equipo para la producción y evaluación de los procesos de trabajo en relación con la salud integral de los y las adolescentes en los Centros de salud y Acción comunitaria, 132 (34%) profesionales opina que nunca, 115(29,9%) opina que en menos del 50% de los casos, 100(26%) opina que en más del 50% de los casos y 37 (9,6%) responde que siempre, es decir en todos los casos.

Es importante destacar a partir del análisis de las distintas opciones de cada una de las respuestas, que un significativo porcentaje de profesionales considera y responde la opción 3 y opción 4, es decir que en menos del 50% de los casos, o nunca, se aplica la lógica de salud integral de los y las adolescentes en los procesos de trabajo del equipo de trabajo en el Centro de salud y Acción comunitaria, lo cual como se intenta mostrar en el grafico 15: Porcentaje de respuestas referidas a las opciones 1-2-3-4- en relación con las preguntas a); b);c);d) y e) de la parte 3 del cuestionario.

Gráfico 15: Porcentaje de respuestas referidas a las opciones 1-2-3-4- en relación con las preguntas a); b); c); d) y e) de la parte 3 del cuestionario.



Elaboración propia en base al análisis de las respuestas de la parte 3 del cuestionario autoadministrado dadas por los profesionales de Planta de los Cesac

Parte 4: Opiniones de los profesionales respecto de la aplicación de acciones integrativas en los procesos de trabajo: interdisciplina.

Las preguntas correspondientes a la parte 4, fueron elaboradas, teniendo en cuenta los aspectos facilitadores de la práctica de la interdisciplina en los equipos profesionales, según Schejter, V (292) referidos al intercambio de criterios, el planteo conjunto de problemas y acordar aspectos complejos de la situación, desde diferentes perspectivas y concepciones; la posibilidad conjunta entre todos los integrantes del equipo de referencia de relevar datos, mejorar el diagnóstico, y generar un espacio conjunto organizacional, para producción y evaluación; el promover una mirada y una lógica de salud integral de los y las adolescentes en las acciones y el abordaje de las problemáticas con una visión amplia del propio quehacer en el marco de los procesos de trabajo a partir de la construcción de sentido; la posibilidad de percibir diferentes aportes de las distintas disciplinas siendo valorados y reconocidos en las tareas, a partir del intercambio, como red de contención y el Intercambio como aspecto organizacional en las intervenciones valorando la lógica de salud integral hacia el sujeto adolescente frente al sesgo de la visión disciplinaria, credibilidad, respaldo y reconocimiento hacia un abordaje amplio sumado a la Interacción de estimulación entre los integrantes del equipo, creación de nuevos dispositivos, intercambio de opciones, acuerdos y tareas

Corresponden a la parte 4 las siguientes preguntas

a) ¿En su opinión, es posible el intercambio de criterios entre los profesionales de distintas disciplinas del equipo según D/M en los procesos de trabajo referidos a la salud integral en el marco del programa?

b) ¿En su opinión, en la actualidad existe un planteo conjunto de los problemas entre los profesionales, pudiendo redefinir y acordar aspectos?

c) ¿En su opinión, forman parte de los procesos de trabajo las reuniones periódicas en equipo, interdisciplinarias en el Centro de salud comunitaria?

d) ¿Según su opinión, se promueve una mirada y una lógica de salud integral de los y las adolescentes en las acciones y el abordaje de las problemáticas con una visión amplia del propio quehacer profesional en el marco de los procesos de trabajo a partir de la construcción de sentido?:

e) Considera UD que se perciben diferentes aportes de las distintas disciplinas siendo valorados y reconocidos por los profesionales en los procesos de trabajo del equipo, desde la cotidianeidad, no como algo aislado, sino como una acción en el marco del programa.

Para poder relevar la opinión de los profesionales respecto de la aplicación de acciones integrativas en los procesos de trabajo: interdisciplina en los procesos de trabajo del equipo profesional en el Centro de salud, fue presentado un cuadro compuesto por 5 preguntas con 2 opciones de respuesta sí y no.

A continuación, se presenta la tabla 18: Opinión de los profesionales respecto a la aplicación de acciones integrativas, en los procesos de trabajo referidos a la interdisciplina, elaborada, según las respuestas dadas por los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria como parte 4 del cuestionario auto administrado.

Tabla 17 Opiniones de los profesionales de Planta respecto de acciones integrativas en los procesos de trabajo: Interdisciplina

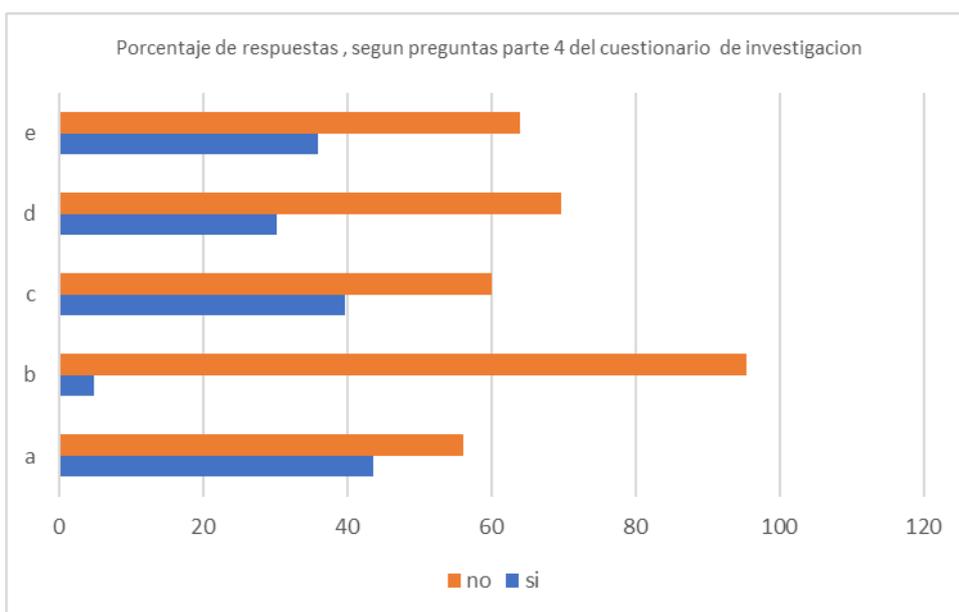
OPINIONES DE LOS PROFESIONALES RESPECTO DE LA APLICACIÓN DE ACCIONES INTEGRATIVAS EN LOS PROFESOS DE TRABAJO : INTERDISCIPLINA	OPCIONES			
	SI	%	NO	%
PREGUNTAS				
a) ¿En su opinión, es posible el intercambio de criterios entre los profesionales de distintas disciplinas del equipo según D/M en los procesos de trabajo referidos a la salud integral en el marco del programa?	168	44	216	56,2
b) ¿En su opinión, en la actualidad existe un planteo conjunto de los problemas complejos de los y las adolescentes entre los profesionales, pudiendo redefinir y acordar aspectos con relacion a distintos factores determinantes intervinientes ?	19	4,9	365	95,5
C)En su opinión, forman parte de los procesos de trabajo las reuniones periódicas en equipo, interdisciplinarias en el Centro de salud comunitaria?	153	40	231	60,1
d) Según su opinión,se promueve una mirada y una lógica de salud integral de los y las adolescentes en las acciones y el abordaje de las problemáticas con una visión amplia del propio quehacer profesional en el marco de los procesos de trabajo a partir de la construcción de sentido?:	116	30	268	69,7
E)Considera UD que se perciben diferentes aportes de las distintas disciplinas siendo valorados y reconocidos por los profesionales en los procesos de trabajo del equipo, desde la cotidianeidad, no como algo aislado, sino como una acción en el marco del programa	138	36	246	64

Los resultados obtenidos en relación con las respuestas dadas por los profesionales dan cuenta que respecto de la pregunta a) 168 (44%) profesionales opinan que, SI es posible el intercambio de criterios entre los profesionales de distintas disciplinas del equipo, con referencia a los D/M presentados como problemáticas complejas en los procesos de trabajo referidos al abordaje de la salud integral en el marco del Programa de adolescentes y jóvenes (Res.1751/08 Res.

MSGCBA, y 216 (56,2%) profesionales, opinan que NO es posible el intercambio de criterios ;con relación a la pregunta b), 365 (95,5%) profesionales responden que en su opinión NO existe en la actualidad un planteo conjunto de los problemas complejos de los y las adolescentes entre los profesionales que conforman el equipo de referencia en el marco del programa de salud integral de adolescentes, a fin de redefinir y acordar, aspectos con relación a distintos factores, determinantes que intervienen en las situaciones y problemáticas complejas, y 19 (4,9%) opina que si existe un planteo conjunto de los problemas complejos de los y las adolescentes; los resultados obtenidos en la respuesta c) muestran que 231(60,1%) profesionales opinan que NO forman parte de los procesos de trabajo las reuniones periódicas del equipo interdisciplinario, en el Centro de salud y Acción Comunitaria, y 153 (40%) responde que SI , las reuniones periódicas forman parte del procesos de trabajo del equipo interdisciplinario en el Centro de salud y Acción comunitaria : con relación a la pregunta d) referida a la opinión, que los profesionales tienen acerca de la visión amplia del quehacer profesional y la promoción de la lógica de salud integral en el marco de los procesos de trabajo de los equipos profesionales a fin de facilitar la construcción de sentido en el abordaje de las intervenciones, 268 (69,7%) responde que NO; y 116 (30%) responde que SI; con relación a la pregunta e) en la cual se considera la opinión de los profesionales con relación a la percepción de diferentes aportes de las distintas disciplinas siendo valorados y reconocidos en los procesos de trabajo del equipo, desde la cotidianeidad, no como algo aislado, sino como una acción en el marco del programa, 246(64%) profesionales responde que NO, y 138(36%) responde que SI.

En el grafico 18: Porcentaje de respuestas según parte 4 del Cuestionario; se intenta mostrar las diferencias obtenidas, en el análisis de cada una de las respuestas dadas por los profesionales.

Ilustración 16 Porcentaje de respuestas Parte 4 del Cuestionario de investigación con relación a la aplicación de prácticas integrativas en los procesos de trabajo



Fuente: Elaboración propia, según las respuestas obtenidas por los profesionales de planta de los Cesac de Caba con referencia a la aplicación de las practicas integrativas.

Parte 5: Opiniones de los profesionales respecto de la aplicación de acciones integrativas en los procesos de trabajo: Intersectorialidad

Las preguntas correspondientes a la parte 5, fueron elaboradas, teniendo en cuenta los aspectos facilitadores de la práctica la intersectorialidad, con relación a aspectos técnicos , referidos a componentes y factores facilitadores en los equipos de referencia para su aplicación : colaboración comunicación, análisis del abordaje de los problemas complejos que presentan los y las adolescentes, interacción, dinámica concertación, y evaluación, entre distintos sectores, según conceptos desarrollados por Florit Serrate (295).

Corresponden a la parte 5 las siguientes preguntas:

a) ¿Considera Ud. que existe en la actualidad una apropiada colaboración de los equipos de salud del programa de salud integral de los adolescentes con diferentes sectores como aspecto técnico importante para el desarrollo de acciones intersectoriales?

b) ¿Considera Ud. que la comunicación entre los profesionales de salud y los profesionales de diferentes sectores facilita el desarrollo de acciones de promoción de salud integral de los y las adolescentes?

c) ¿Considera Ud. oportuno, y adecuado el análisis de situación de salud para abordar las problemáticas complejas de los y las adolescentes de manera intersectorial con referencia a los distintos sectores que componen el contexto y territorio del centro de salud y acción comunitaria?

d) ¿Según su opinión, existe interacción, y concertación en espacios organizacionales apropiados y oportunos con los diferentes sectores de la comunidad, en relación con el poder abordar las problemáticas de los y las adolescentes?:

e) ¿En su opinión, es posible la evaluación y seguimiento conjunto con diferentes sectores de la comunidad, de las problemáticas de salud integral de los y las adolescentes?

Para poder relevar la opinión de los profesionales respecto de la aplicación de acciones integrativas en los procesos de trabajo considerando la intersectorialidad en el Centro de salud y Acción comunitaria fue presentado en la parte 5 un cuadro compuesto por 5 preguntas con 2 opciones de respuesta sí y no.

A continuación, se presenta la tabla 19: Opinión de los profesionales respecto a la aplicación de acciones integrativas, en los procesos de trabajo referidos a la intersectorialidad, elaborada, según las respuestas dadas por los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria como parte 5 del cuestionario auto administrado.

Tabla 18: Opiniones de los profesionales respecto de la aplicación de acciones integrativas en los procesos de trabajo: Intersectorialidad

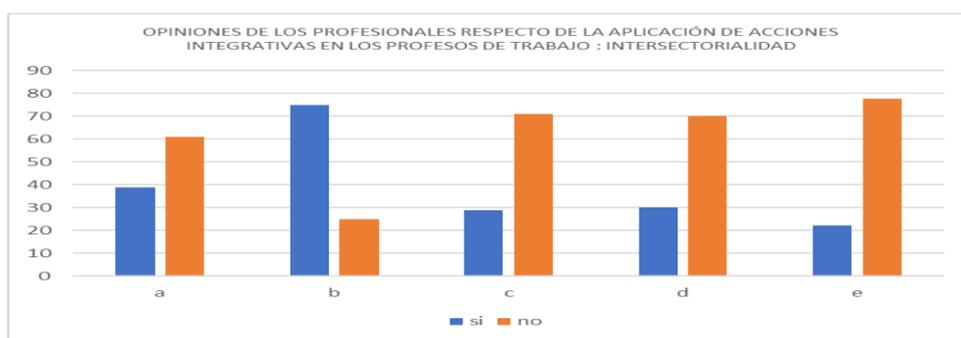
OPINIONES DE LOS PROFESIONALES RESPECTO DE LA APLICACIÓN DE ACCIONES INTEGRATIVAS EN LOS PROFESOS DE TRABAJO : INTERSECTORIALIDAD	OPCIONES			
	SI	%	NO	%
PREGUNTAS				
a) ¿Considera Ud que existe en la actualidad una apropiada colaboración entre los profesionales de los equipos de salud del programa de salud integral de los adolescents con diferentes sectores estatales y/o de la comunidad como aspecto tecnico importante para el desarrollo de acciones intersectoriales?	149	38,8	235	61,1
b) ¿Considera Ud que la comunicación entre los profesionales de salud y los profesionales de diferentes sectores estatales y/ de la comunidad facilita el desarrollo de acciones de promocion de salud integral de los y las adolescents ?	288	75	96	25
C) Considera ud que es oportuno, y adecuado el analisis de situacion de salud para abordar las problematicas complejas de los y las adolescents de manera intersectorial con referencia a los distintos sectores que componen el contexto y terriorio del centros de salud y accion comunitaria?	111	28,9	273	71
d) Según su opinion, existe interaccion, y concertacion en espacios organizacionales apropiados y oportunos con los diferentes sectores estatales y/o de la comunidad, para realizar acciones de promocion y prevencion de la salud de los y las adolescents con de temas relacionados con las problematicas de los y las adolescents registradas en los centros de salud y Accion comunitaria	115	29,9	269	70
E) En su opinion, es posible la evaluacion y seguimineto conjunto con difeenes sectores estatales y/o de la comunidad, de las problematicas de salud integral de los y las adolescents ?	86	22,3	298	77,6

Surge del análisis de las respuestas dadas por los profesionales de planta con respecto a la pregunta a) que 235 (61,1%) profesionales considera que NO existe en la actualidad colaboración entre los profesionales que atienden adolescents en los centros de salud y diferentes sectores estatales, y /o de la comunidad, para el desarrollo de acciones de intersectorialidad, y 149 (38,8%) responde que SI existe; con relación a la pregunta b) 288 (75%) profesionales responde que SI considera que la comunicación entre los profesionales de salud y los profesionales de distintos sectores estatales y/o de la comunidad, facilita el desarrollo de acciones de promoción de salud integral de los y las adolescents, y 96 profesionales que representan el 25% del total de profesionales a los que se les aplico el cuestionario, responden que NO; las respuestas obtenidas en la pregunta c) muestran que 273 (71%) de los profesionales, SI considera oportuno y adecuado el análisis de situación de salud para abordar las problemáticas complejas de los y las adolescents de

manera intersectorial, y 111 (28,9%) profesionales No lo considera adecuado ni oportuno; de las respuestas obtenidas en la pregunta d), 115 (29,9) profesionales opinan que existe interacción y concertación en espacios organizacionales adecuados y oportunos, con los diferentes sectores estatales y de la comunidad para realizar acciones de promoción y prevención a la comunidad, a las familias, y a los mismos adolescentes referidas a temáticas con relación a problemáticas de los y las adolescentes registradas en los Centros de salud y acción comunitaria, y 269,(70%) responde que NO existe interacción y concertación con otros sectores para las acciones de promoción y prevención de salud integral de los y las adolescentes, con relación a la pregunta e), donde se le pide a los profesionales su opinión acerca de la posibilidad de hacer seguimiento de casos y evaluación conjunta de situaciones problemáticas complejas con otros sectores estatales o de la comunidad, 298 (77,6%), responde que NO y 86, el 22,3% responde que SI.

Los datos obtenidos en la parte 5 del cuestionario, se presentan en el grafico 19: Opiniones de los profesionales respecto de la aplicación de acciones integrativas en los procesos de trabajo: intersectorialidad.

Gráfico 17 Opiniones de los Profesionales respecto de la Aplicación de las acciones integrativas en los procesos de trabajo: Intersectorialidad.



Parte 6: Opiniones y consideraciones de los profesionales respecto de las acciones de educación permanente en los Centros de salud y Acción Comunitaria en base a temas como la articulación entre profesionales, comunidad y familia desde espacios organizacionales, la actualización de la práctica en relación con las necesidades de los y las adolescentes; análisis de la situación problema y la resolución de problemas en el marco de los procesos de trabajo para el abordaje resolutivo en lo cotidiano mediante la reflexión de las practicas; desarrollo y mejora en las relaciones y vínculos para fortalecimiento del equipo profesional, desde un marco territorial, la importancia de la relación con el proceso de trabajo en vivo, y periodicidad continua, los cuales han sido considerados en base a los conceptos desarrollados por Merhy al hacer referencia a los espacios de trabajo vivo para trabajar sobre las realidades, y teniendo en cuenta las contingencias, en la medida en que los escenarios de la producción de salud, deben permitir la autonomía de los profesionales y equipos (157).

Las preguntas que corresponden a la parte 6 del Cuestionario son las siguientes:

¿Considera Ud. que son implementados espacios de educación permanente desde el Centro de salud y Acción comunitaria, a fin de poder accionar desde el

equipo profesional en forma articulada con la comunidad, con las familias, y con otros sectores?

¿En su opinión existen en la actualidad espacios de educación permanente de los profesionales y equipos orientados a relevar las necesidades de los y las adolescentes en el marco de la salud integral?

c) ¿En su opinión, es posible problematizar los procesos de trabajo en espacios de educación permanente a fin de poder reflexionar y construir una lógica de salud integral contextualizada, en lo cotidiano y territorial a fin de promover nuevas intervenciones y acciones en el marco del programa de salud integral de los adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

d) ¿En su opinión, existe para posibilitar la educación permanente del equipo de salud en el marco del programa de adolescentes en el centro de salud y acción comunitaria un espacio organizacional frecuentes, periódicos y cotidianos que favorezcan la interacción, reflexión, y reformulación de intervenciones?

e) ¿Considera Ud. que, en la actualidad, cualquiera de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario de salud integral de los adolescentes puede convocar a un encuentro o reunión de concertación técnica, intercambio de criterios, o acuerdos en espacios organizacionales en los centros de salud y acción comunitaria?

Para poder relevar la opinión de los profesionales respecto de las acciones de educación permanente en los Centros de salud y Acción Comunitaria como actualización de la práctica fue presentado en la parte 6 del cuestionario auto administrado un cuadro compuesto por 5 preguntas con 2 opciones de respuesta sí y no.

A continuación, se presenta la tabla 20: Opiniones de los profesionales de planta de los Centros de salud y Acción respecto de la existencia de espacios organizacionales de educación permanente para el equipo referente del programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes (Res.1751/08 MSGCBA), elaborada, según las respuestas dadas por los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria como parte 6 del cuestionario auto administrado.

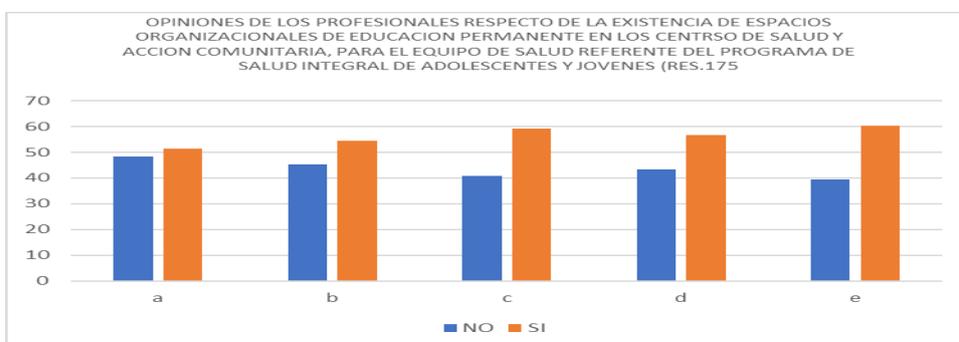
Tabla 19: Opiniones de los profesionales respecto de la existencia de espacios Organizacionales de Educación permanente en los Centros de salud y Acción comunitaria, para el equipo de salud referente del programa de salud integral de los adolescentes y Jóvenes (Res.1751/08 MSGCBA).

OPINIONES DE LOS PROFESIONALES RESPECTO DE LA EXISTENCIA DE ESPACIOS ORGANIZACIONALES DE EDUCACION PERMANENTE EN LOS CENTRSO DE SALUD Y ACCION COMUNITARIA, PARA EL EQUIPO DE SALUD REFERENTE DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JOVENES (RES.1751/08 MSGCBA)	OPCIONES			
	SI	%	NO	%
PREGUNTAS				
a) ¿Considera Ud. que son implementados espacios de educación permanente desde el Centro de salud y Acción comunitaria, a fin de poder accionar desde el equipo profesional en forma articulada con la comunidad, con las familias, y con otros sectores?	186	48,4	198	51,5
b) En su opinión existen en la actualidad espacios de educación permanente de los profesionales y equipos orientados a relevar las necesidades de los y las adolescentes en el marco de la salud integral?	174	45,3	210	54,6
c) En su opinión, es posible problematizar los procesos de trabajo en los espacios de educación permanente a fin de poder reflexionar y construir una lógica de salud integral contextualizada, en lo cotidiano y territorial a fin de promover nuevas intervenciones y acciones en el marco del programa de salud integral de los adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?	157	40,8	227	59,1
d) En su opinión, existen propuestas por parte de los profesionales, para posibilitar la educación permanente y la participación conjunta de los profesionales en el marco del programa de adolescentes en el centro de salud y acción comunitaria con definición de puntos críticos, temas priorizados, áreas, espacios y lugares de atención?	166	43,2	218	56,7
e) Considera ud que en la actualidad, cualquiera de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario de salud integral de los adolescentes puede convocar a un encuentro o reunión de concertación técnica, intercambio de criterios, o acuerdos en espacios organizacionales en el centro de salud y acción comunitaria?	152	39,5	232	60,4

Surgen del análisis de las respuestas dadas por los profesionales de planta con respecto a los espacios de Educación permanente en salud en los Centros de salud

y Acción Comunitaria, los siguientes datos: Con referencia a la pregunta a) en la que se les solicita considerar si son implementados los espacios de educación permanente en el Centros de salud y Acción comunitaria a fin de accionar en forma articulada, el equipo de salud referente del programa de adolescentes y la comunidad, las familias y otros sectores, 198 (51,5%) profesionales consideran que NO, y 186,(48,4%) profesionales considera que SI; con relación a la pregunta b) 210 (54,6%) profesionales opina que NO existen espacios orientados de educación permanente en el marco del programa de salud integral de adolescentes, en el Centros de salud y Acción comunitaria, para relevar las necesidades de este grupo de edad y 174 (45,3%) opina que SI; según las respuestas de la pregunta c) 227 (59,1) profesionales, opina que NO es posible problematizar los procesos de trabajo, ni reflexionar, para la construcción de una lógica de salud integral contextualizada, cotidiana y territorial, en espacios de educación permanente, y 157(40,8%) piensa que SI; la opinión volcada por los profesionales con relación a la pregunta d) se concentra en 218 (56,7%) profesionales para los que NO existen propuestas que posibiliten la participación conjunta de los profesionales con referencia a la definición de puntos críticos, temas prioritarios, áreas, espacios de atención, o lugares de atención y 166(43,2%) opina que SI; con relación a la pregunta e), en la que se les pide su opinión, con relación a las posibilidades que cualquier profesional convoque a un encuentro de profesionales o reunión de concertación técnica, de educación permanente, 232 (60,4%) de profesionales considera que NO puede convocar y 152 (39,5%) opina que SI.

Gráfico 18 Opiniones de los profesionales respecto de la existencia de espacios organizacionales de Educación permanente en los Centros de salud y Acción Comunitaria para el equipo de salud referente del Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes (Res.1751/08) MSGCBA.



7.11.3: Entrevista:

Con la entrevista se intentó hacer una aproximación a la opinión de los profesionales de planta de los centros de salud y atención comunitaria, sobre la salud integral de los y las adolescentes como una lógica de pensamiento de los profesionales y equipos y su aplicación a partir de nuevos posibles en los procesos de salud, intervenciones y acciones teniendo en cuenta los facilitadores de las practicas : interdisciplina-intersectorialidad, espacios organizacionales y educación permanente que se relacionan con las problemáticas complejas que se registran según los Diagnósticos y Motivos de consulta D/M en los Cesac, de la Caba.

Se realizaron 384 entrevistas individuales a profesionales de planta de los centros de salud y Acción, se definieron los perfiles profesionales según disciplina, los cuales fueron elaborados a partir de la información aportada por cada profesional de salud, se consideraron las características de cada centro de salud, por lo cual se consideró, la ubicación geográfica y número de profesionales del centro, se realizó el análisis del discurso, a partir de la codificación-categorización-integración- y las correspondientes estrategias de verificación-a fin de rescatar las construcciones que subyacen al colectivo de profesionales de planta teniendo en cuenta ideas, formas de

pensar, formas de hablar, practicas, relaciones sociales e institucionales, uso del lenguaje.

Las entrevistas fueron individuales, semiestructuradas, en profundidad y en principio se tuvo en cuenta esclarecer el tipo de información a relevar, en la medida en que se reconoció la importancia como herramienta para la recolección de datos, y la profundización de las perspectivas de los participantes, así como poder ahondar en sus conceptualizaciones y permitir a los entrevistados reflexionar sobre sus propios posicionamientos.

La entrevista en profundidad, facilitó comprender y conformar un corpus de datos discursivos, a través de archivos a partir de 3 niveles de aproximación, uno base para la confección de la carpeta de acopio de entrevistas por fecha de realización, un segundo nivel de aproximación, para poder seleccionar los datos más significativos, un tercer nivel de aproximación en el cual se procedió a agrupar los datos y relacionar según ejes, a considerar, para ser analizados e interpretados por lo cual no fue registrado un esquema fijo de respuestas, y características de las preguntas, ya que en ocasiones se alteró el orden, se interrumpió cuando fue necesario, ya que en diferentes oportunidades se obtuvieron respuestas emocionales, frente a lo racional, por lo cual se pudo matizar, reconducir y adecuar el ritmo de la entrevista según las respuestas recibidas, con posibilidades de aclarar el objeto de estudio, explicar el sentido de la pregunta crear juicios, valores u opiniones.

Se procedió al registro de ideas y contenidos a medida que fueron surgiendo y la organización de archivos y antecedentes como estructurante paralelo a la recolección de datos y se consideraron situaciones emergentes, cuya resolución fue dada en el momento según magnitud de la situación y posibilidades.

La entrevista en profundidad se estructuró sobre las siguientes dimensiones:

Construcción de la salud integral como lógica de pensamiento y nuevos posibles, caracterización del perfil disciplinar de los profesionales; concepto de salud integral de los y las adolescentes y su relación con la APS; facilitadores de la construcción de la salud integral como lógica de pensamiento y nuevos posibles desde la práctica : trabajo en equipo; Interdisciplina, intersectorialidad y educación permanente e indicadores sobre la significación en relación con perfiles disciplinares, comunicación dialógica, intercambio de información colaboración; opinión; aspectos técnicos de la Intersectorialidad: factores facilitadores de su aplicación, clínica ampliada aplicación, opinión acerca de la facilitación por parte de la institución de los espacios organizacionales, encuentros y reuniones, disponibilidad de espacios físicos, educación permanente en los centros de salud, teniendo en cuenta los facilitadores : cooperación, colaboración y reflexión,

El registro de los datos, ante la negativa de los profesionales de acceder a la grabación de estos, se realizó a partir de un diario de campo, anotaciones continuas, notas, teniendo en cuenta y valorando el contexto del encuentro, la comunicación verbal y no verbal, presencia, la postura, la forma de expresarse, de moverse y de gesticular, así como las frases, las repeticiones, omisiones o titubeos, aspectos, acciones y actitudes relevantes, del entrevistado.

Se presentan los ejes de la entrevista y los conceptos centrales e indicadores en el cuadro 40: Guía de entrevista:

Cuadro 40: Guía de entrevista

Ejes de entrevista	Conceptos centrales e indicadores en torno a los cuales se realiza la entrevista
concepto de salud integral y relacion con la APS	logica de pensamiento para posibilitar nuevos posibles en los espacios organizacionales de los Centros de salud y accion comunitaria en la CABA se relaciona con la APS y se sustenta en los procesos de trabajo desde la intersectorialidad interdisciplina y educacion permanente en base a espacios organizacionales de trabajo en equipo interdisciplinario con
trabajo en equipo	intercambio de ideas- capacidad de asimilar dificultades-asignacion de roles-coherencia-interrelaciones concertacion de criterios adaptabilidad de los integrantes a nuevas situaciones-participacion -resolucion de tareas -alcance de metas -objetivos- acuerdos con el marco programatico-estrategias de afrontamiento de conflictos- cohesion
Caracterizacion profesional	No todos los centros de salud cuentan con la misma cantidad de profesionales, o con los mismos profesionales, lo cual hace que difieran en forma significativa los espacios organizacionales, los contextos y los territorios de los distintos Centros de Salud y Accion Comunitaria- Se suma tambien, las diferentes articulaciones, conexiones y niveles de conectividad con los Hospitales efectores, siendo muy particular y especifica la dinamica de cada equipo capacidad de anticipacion
Interdisciplina	practica integrativa facilitadora contextualizada cotidiana y territorial para sustentar la logica de pensamiento integral y favorecer nuevos posibles en los procesos de salud
Intersectorialidad	practica integrativa facilitadora cotidiana y territorial para sustentae la logica de pensamiento integral y favorecer los procesos de salud de los y las adolescentes entre el equipo de salud y otros sectores contextualizada- cotidiana y territorial
espacios organizacionales	concertacion tecnica entre los profesionales de los equipos de salud del programa de salud integral de los adolescentes y jovenes y otros programas en el centro de salud y accion comunitaria, encuentros periodicos, no episodicos, cara a cara frecuentes en el marco de la cotidianeidad
Educacion permanente	estrategia de intervencion pedagogica e institucional para la mejora de la organizacion y transformacion de la practica tecnica de los profesionales y el equipo de salud en la medida en que es facilitadora de procesos y de nuevos posibles en torno a la logica de salud integral de los y las adolescentes, y necesita contar con espacios organizacionales como componente de la realidad misma de los profesionales de salud, y se complementa con las practicas integrativas de interdisciplina e intersectorialidad estrategia educativa para el cambio

Reducción de datos: La categorización de unidades de contenido-codificación y síntesis de la información obtenida, se registró a partir de las notas del diario de investigación con relación a la observación participante y entrevista focalizada con los

profesionales en cada uno de los centros de Salud y Acción comunitaria y se realizaron diagramas de síntesis.

Cuadro 41: Etapas del proceso de análisis de datos de la entrevista a profesionales de planta

etapas del procesos de analisis de los datos de la entrevista	
Archivo de datos	Contenidos de las entrevistas se acopia el material obtenido de las entrevistas en los centros de salud a los profesionales de planta por fecha Todas las notas- observaciones - comentarios-aclaraciones
se confecciona una carpeta o archivo documentos de base	Contenidos de las entrevistas notas fotos mapas comentarios y el registro de las entrevistas -Registro de contenidos
Aproximacion a elementos significativos primer nivel de aproximacion	Codificacion : primer acercamiento al trabajo de analisis en primera etapa, leyendo los textos para una primera aproximacion remarcando las primeras citas significativas.
Segundo nivel de aproximacion	Codificacion registro de agrupamiento y codificacion
Tercer nivel de aproximacion	Sintesis agrupar los datos y relacionar según ejes.

Presentación de los resultados:

Los profesionales entrevistados, han desarrollado sus actividades en los centros de salud y Acción comunitaria, de la Caba, con una antigüedad entre 16 y 25 años en su mayoría, señalan ciertas dificultades organizativas, de los profesionales y equipos, tanto acerca de las intervenciones comunitarias e intersectoriales, como en la práctica de la interdisciplina en los equipos profesionales.

Las entrevistas se realizaron en los 44 centros de salud y Acción comunitaria, y se han registrado teniendo en cuenta las diferentes funciones e intervenciones de los profesionales en los procesos de salud con relación a la recepción asesoramiento, orientación, espacios de consulta, motivos de consulta y diagnóstico, aspectos clínicos, referenciación, y seguimiento de detección de necesidades, abordaje de casos y situación de problemas, promoción, prevención, educación para la salud.

La mayoría de los testimonios, revelan, que no siempre es posible un abordaje interdisciplinario, y no consideran los profesionales que la lógica de pensamiento de salud integral de los y las adolescentes sea facilitada no promueva nuevos posibles, ya que no todos los Centros de salud cuentan con profesionales de varias disciplinas para la atención a adolescentes y en los centros donde hay enfermeras, asistentes

sociales, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, que además, no siempre están disponibles en el momento o en el turno que se los necesita, lo cual, desvirtúa, y dificulta la inclusión en los equipos de trabajo.

El enfoque de la interdisciplina, difiere en distintos Centros de Salud y Acción comunitaria, según la cantidad de profesionales, la organización del Centro, el contexto, y la facilitación institucional, para encuentros y reuniones cotidianas frecuentes de intercambio, criterios y abordaje de problemáticas complejas, y en general emerge de los diferentes entrevistas, la importancia de la integración entre disciplinas con serios obstáculos para concretarla, así también, a partir de resistencias lo cual también obstaculiza el desarrollo de una mirada amplia e integral de las distintas situaciones que plantean los y las adolescentes frente a las problemáticas complejas, referidas al consumo abusivo de sustancias, violencia, o maltrato.

La aplicación de la lógica de pensamiento en relación con la salud integral de los y las adolescentes en los procesos de trabajo y como promotora de nuevas intervenciones y acciones se identifica con algunas prácticas intersectoriales, como charlas en las escuelas, y talleres de promoción de salud, a pesar de presentar obstáculos en su organización, en la planificación y en la concertación de criterios, y abordajes de las problemáticas complejas, entre el sector educación y el sector salud,

por lo cual se transforma la actividad, o la intervención o la acción, en un nudo problemático y crítico de implementación, pero no es claramente relacionada con las prácticas de interdisciplina.

Según los testimonios, relevados en las entrevistas, las prácticas y las intervenciones de salud integral en las y las adolescentes, con respecto al contexto, por parte de los profesionales de planta, señalan obstáculos en el esclarecimiento de las necesidades de los sujetos de este grupo de edad, en la medida en que se dificulta conocer detalles de su vida, llegar a tener una comunicación fluida que inspire confianza mutua, o un nivel de comunicación dialógica, que facilite acciones e intervenciones amplias en el marco de la clínica amplia a la vez que no se establecen vínculos e interrelaciones cercanas con otros profesionales del equipo, por cuestiones, horarias, o por diferentes actividades, por cantidad de pacientes individuales, y obstáculos en la posibilidad de salir a terreno para hacer acciones extramurales.

Al indagar sobre aspectos del comportamiento organizacional de los equipos, y profesionales, se mencionan episodios en contextos desfavorables, con poca cohesión, para el afianzamiento de relaciones y vínculos profesionales en la medida en que es permanente la demanda, de atención individual, la solicitud de información, destacando experiencias y vivencias en cuanto a dificultades en la autorización por

parte de la jefatura de encuentros, reuniones, así como la falta de recursos, y de apoyo formal e informal por parte del marco institucional, lo que convierte a los espacios organizacionales de concertación técnica, intercambio y abordaje integral de las problemáticas de los y las adolescentes de los centros de salud, en utopías imposibles de concretar, según lo manifestado por los profesionales.

En los distintos relatos de los profesionales de planta se observa, limitaciones hacia un enfoque de los determinantes sociales de la salud integral de los y las adolescentes, en las estructuras lógicas de pensamiento de los profesionales, formación disciplinar, construcción de discurso hegemónico médico biológico, sumado también a aspectos que se relacionan con falta de recursos económicos, de contención y apoyo familiar, y también de vínculos sociales, comentando que muchas veces deben apuntar a actividades educativas, de asesoramiento, escucha, que son señaladas como en un segundo lugar por ser menos motivantes, muy difíciles de concretar, en la medida en que las prácticas importantes y principales se relacionan con el abordaje clínico de alguna patología.

No se consideran significativas, las intervenciones en la comunidad, en domicilio, sino en el centro de salud y Acción comunitaria, individuales, y en muchos casos, se insiste en la presencia de un adulto, acompañando la consulta del o la adolescente, para poder ser atendido/a.

La valoración en torno a la especialidad, y lo disciplinar, surge como lo motivante y emerge frente a relatos que señalan lo integral, lo interdisciplinar, como así también cierta dificultad en poder definir límites en la intervención, del equipo de salud, funciones, competencias en relación a las acciones, en la comunidad, así como no se privilegia el seguimiento de los casos, en la medida en que es cuestionado como práctica de salud, como también la atención domiciliaria, la entrevista a la familia, o la atención en hogares dependientes de Desarrollo Social, o la atención a adolescentes en situación de calle o de pasillo en los barrios o villas carenciadas.

En el cuadro 42, que se presenta a continuación se muestran los resultados de la entrevista según los conceptos centrales con referencia a los ejes tenidos en cuenta

Cuadro 42: Resultados de la entrevista

Ejes de entrevista	Conceptos centrales con referencia a cada uno de los Ejes tenidos en cuenta en la entrevista
Caracterización profesional	No todos los centros de salud cuentan con la misma cantidad de profesionales, o con los mismos profesionales, lo cual hace que difieran en forma significativa los espacios organizacionales, los contextos y los territorios de los distintos Centros de Salud y Acción Comunitaria. Se suma también, las diferentes articulaciones, conexiones y niveles de conectividad con los Hospitales efectores, siendo muy particular y específica la dinámica de cada equipo
Concepto de salud integral	En general la lógica de salud integral se relaciona con la APS y se sustenta en los procesos de trabajo desde la intersectorialidad con el sector Educación, con importantes obstáculos y dificultades para la elaboración de diagnósticos, intervenciones y acciones conjuntas.
Trabajo en equipo	El trabajo en equipo desde el comportamiento organizacional, se apunta al abordaje de la patología como aspecto importante en las intervenciones profesionales, se contemplan las acciones de promoción y prevención de la salud integral como complementarias, y desmotivantes,
Interdisciplina	Es muy difícil, de concretar, no siempre se cuenta en los centros de salud con profesionales, que puedan complementar la mirada disciplinar,
Intersectorialidad	Desde el relato, se observa dificultades en la operatoria por falta de coordinación articulación, motivación, colaboración participación trabajo en equipo, limitada capacidad de convocatoria, comunicación
Comportamiento organizacional	facilitadores interacción relación vínculo cohesión del equipo
Espacios organizativos no episódicos	encuentros cara a cara no episódicos y frecuentes en el marco de la cotidianeidad
contexto	relaciones vínculos e interacciones con otros equipos profesionales conformación de redes
vínculos	Se desprende los relatos presentados por los entrevistados, dificultades en el establecimiento de vínculos, y sus sustentabilidad, ya sea entre los mismos profesionales del equipo, o con profesionales de otros equipos o Programas, lo mismo que con referentes de otros sectores
cotidianeidad	La cotidianeidad, en general, se representa con dificultades, y con escasas posibilidades de intervenciones anticipatorias, ya que según relatan los mismos profesionales, las situaciones imprevistas, hacen que los procesos de trabajo sean poco elaborados, y deban estar dando respuestas ante situaciones problemáticas en forma permanente
Territorialidad	La territorialidad es referida por el entorno del lugar, barrio, o zona donde se encuentra emplazado el centro de salud, con escasa relación con los equipos, o servicios del hospital efector, al punto de no poder hacer seguimiento de casos, y muy rara vez análisis de situación de salud
Educación permanente	Los espacios de capacitación permanente, son periódicos y en general no planificados, no son frecuentes, y se reaccionan con jornadas, talleres, o espacios esporádicos de capacitación, generalmente fuera del centro de salud

8: Conclusiones:

El objetivo de este estudio es describir y analizar la visión y opinión de los profesionales de planta que integran los equipos del Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes (Res.1751/08 MSGCBA) de los Centros de salud y acción comunitaria (Cesac) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación con la salud integral de los y las adolescentes como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles, en el marco de las practicas teniendo en cuenta los niveles de conocimiento del marco normativo existente, el conocimiento del marco programático con relación al curso de vida de los y las adolescentes, la interdisciplina, la intersectorialidad y la educación permanente como facilitadores de los procesos de salud en el campo de la salud pública.

Con referencia a la problemática propuesta se presentan las siguientes preguntas:

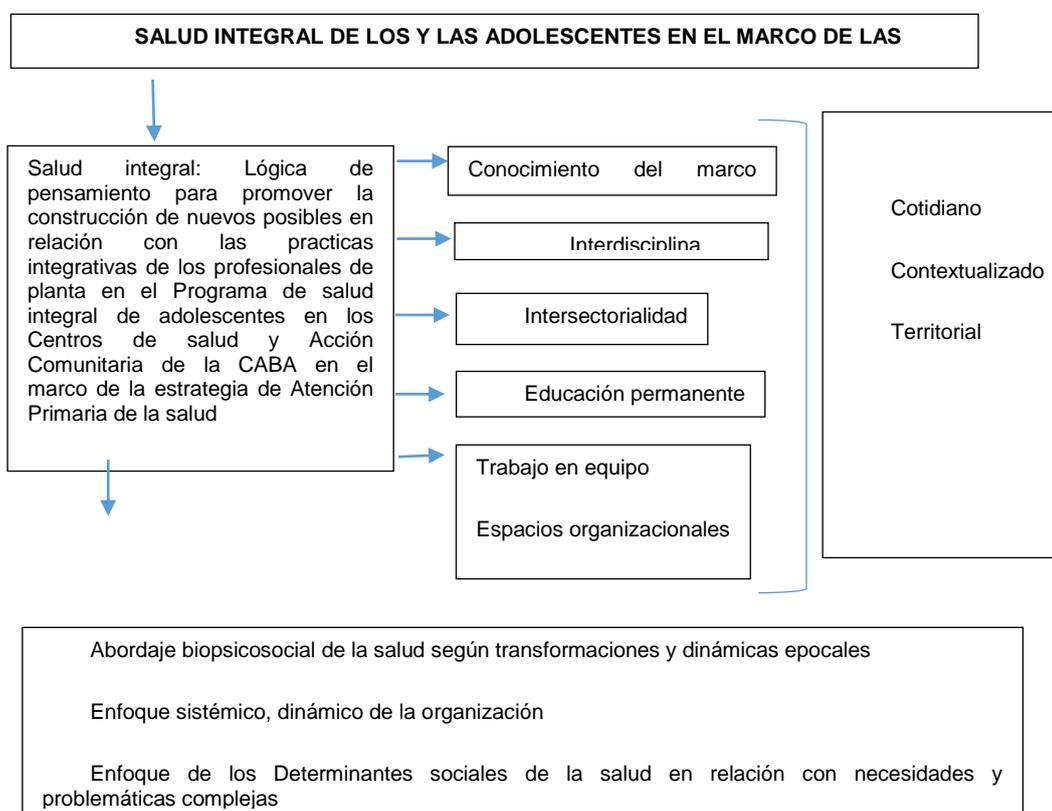
¿Conocen los profesionales de planta que trabajan en los Centros de salud y Acción Comunitaria (Cesac) en el Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes (RES 1751/08 MSGCBA) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las normativas de la Nación Argentina y la Ciudad de Buenos Aires referidas en la actualidad a la salud integral de los y las adolescentes?

¿Cuál es la opinión de los profesionales de planta del Programa de salud integral de los adolescentes y Jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires acerca de la salud integral como lógica de pensamiento y construcción de nuevos posibles en relación con la práctica de la interdisciplina en espacios organizacionales, cotidianos, territoriales y contextualizados en los centros de salud y acción comunitaria?

¿Qué opinión tienen los profesionales de planta en el marco del programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes en la Ciudad de Buenos Aires, acerca de la salud integral como lógica de pensamiento y construcción de nuevos posibles en relación las practicas intersectoriales en los centros de salud comunitaria en la Ciudad de Buenos Aires?

¿Qué opinan los profesionales de planta del programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires acerca de los espacios organizacionales de cooperación, colaboración y reflexión para el abordaje de casos y problemáticas como marco de educación permanente en los Centros de salud y acción comunitaria?

Cuadro 43: Cuadro de síntesis La salud integral de los y las adolescentes en CABA: lógica de pensamiento y construcción de nuevos posibles, en el marco del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes (Res. 1751/08 MSGCBA).



Objetivo General:

Describir y analizar la visión y opinión de los profesionales de planta que integran el Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes Res.1751/08 MSGCBA en los Centros de salud y acción comunitaria (Cesac) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) acerca de la salud integral de los y las adolescentes como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en relación con aspectos organizacionales, de conocimiento, y de prácticas integrativas y educación permanente en el campo de la salud pública.

Objetivos Específicos:

1-Establecer el nivel de conocimiento de los profesionales de planta de los Centro de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires respecto de los marcos normativos referidos a la salud integral de los adolescentes y jóvenes a nivel Nacional Argentino y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y respecto del Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Resolución 1751/08 MSGCBA).

2- Describir la percepción de los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en las acciones interdisciplinarias en los Centros de salud y Acción Comunitaria (Cesac) de la CABA en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes.

3- Identificar la visión de los profesionales de planta con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en las acciones intersectoriales en los Centros de salud y Acción Comunitaria (Cesac) de la CABA en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes.

4-Analizar la opinión de los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en espacios organizacionales cotidianos contextualizados y territoriales de educación permanente en el Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes en los Centros de Salud de la CABA.

Objetivo específico 1:

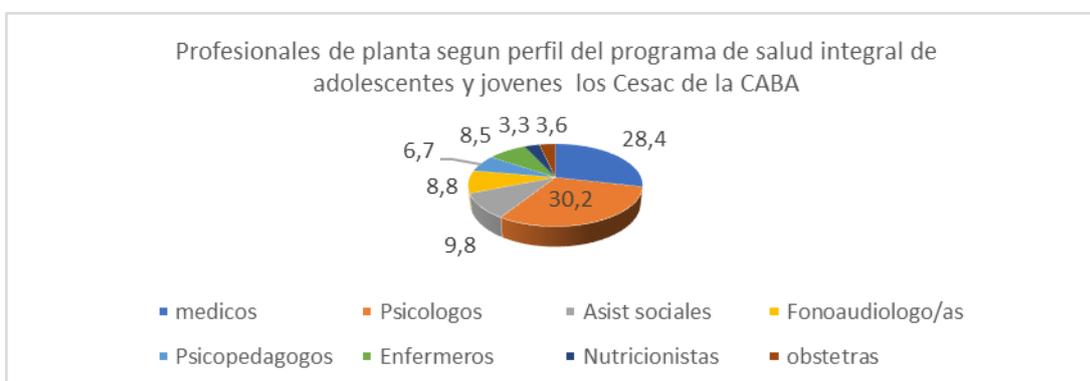
1-Establecer el nivel de conocimiento de los profesionales de planta de los Centro de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires respecto de los marcos normativos referidos a la salud integral de los adolescentes y jóvenes a nivel Nacional Argentino y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y respecto del Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Resolución 1751/08 MSGCBA).

Los resultados alcanzados, con referencia al conocimiento de los profesionales respecto del marco normativo a nivel Nacional de la República Argentina y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires CABA en relación con la salud integral de los y las adolescentes se presentan en 2 (dos) partes: la primera con referencia a los datos sociodemográficos, en relación a la cantidad de profesionales, perfil de los profesionales de planta que trabajan en los Cesac de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sexo, edad y años de antigüedad y la segunda parte con referencia al nivel de conocimiento de los marcos normativos y del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

1-Datos sociodemográficos y perfiles profesionales:

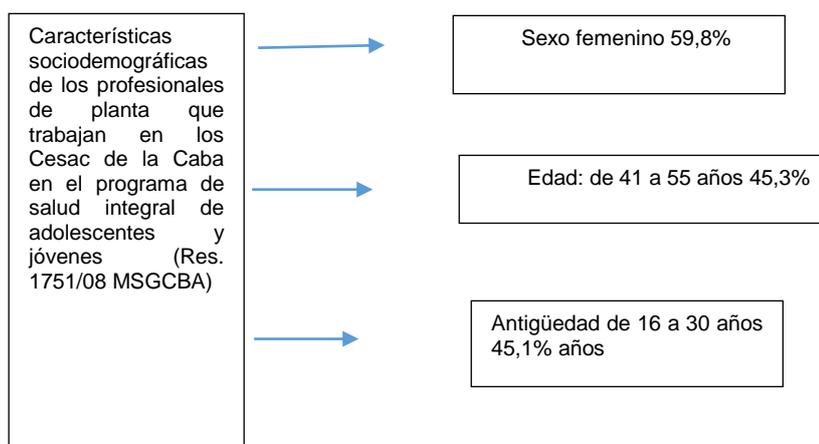
Se infiere de los datos obtenidos con relación al total de 384 profesionales de planta, según perfil profesional, que trabajan en los Centros de salud y acción comunitaria en el programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de la CABA, que el 58,6% corresponde a 226 profesionales médicos y psicólogos, tal como se intenta mostrar en el siguiente cuadro

Ilustración 19: profesionales de planta según perfil que trabajan en los Centros de salud y acción comunitaria en la CABA en el programa de adolescentes y jóvenes



Con relación al sexo de los profesionales se infiere de los resultados obtenidos, que, con referencia al total de profesionales, existe un alto porcentaje de profesionales mujeres, el 59,8% en relación y el 45 % de los profesionales tiene entre 16 y 30 años de antigüedad.

Cuadro 44: síntesis de los resultados sociodemográficos alcanzados en relación con el objetivo específico 1



Fuente: Elaboración propia en base a las respuestas y el análisis de datos realizado.

Marco Normativo Nacional Argentino:

Con referencia al nivel de conocimiento del marco normativo de Leyes Nacionales: el 58.3% del total de los profesionales de planta dice tener conocimientos generales del Código Civil; el 58% dice conocer todos los artículos de la ley 26529 de los Derechos del paciente; el 55,7% refiere tener conocimientos generales acerca de la Ley de Educación sobre adicciones y consumo indebido de drogas; 50 % dice conocer todos los artículos de la Ley de salud Mental.

Surge del análisis de los datos obtenidos, que 55, 2 % de los profesionales de planta desconoce los contenidos de la Ley Nacional de prevención del suicidio, y el 51% desconoce la ley de anticoncepción quirúrgica, mientras el 53 % de los profesionales desconoce la ley de identidad de género, y el 53,6% del total de los profesionales desconoce la ley de prevención de la violencia.

En el cuadro 45 se muestran los resultados obtenidos en relación al nivel de conocimiento del marco Normativo Nacional Argentino

Cuadro 45: Síntesis de los resultados con relación a los niveles de conocimiento del marco normativo Nacional Argentino referido a la temática de referencia

conocimiento de todos los artículos de la ley	conocimientos generales de los contenidos	desconocimiento de los contenidos de la ley	desconocimiento de la existencia de la ley
1	2	3	4
26529 Ley Derechos del paciente 58%	29994 Código civil y comercial 58,3	27130 prevención del suicidio 55,2%	26743 Identidad de género 53,7%
26657 ley de salud mental 50,7%	26586 educación sobre adicciones y consumo indebido de drogas 55,7 %	LEY 25929 anticoncepción quirúrgica 51,3	26485 prevención de la violencia 53,6%

Fuente: Elaboración propia en base al análisis de los datos obtenidos en el cuestionario autoadministrado.

Marco Normativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

Con referencia al nivel de conocimiento del marco normativo el 58,3%, dicen conocer los artículos en su totalidad de la ley 153 Básica de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 195 profesionales (50,7%) la ley 2316 de

consentimiento informado; respecto al conocimiento general de los contenidos de las leyes (41,1%) respondieron de forma afirmativa respecto de la ley 418 de salud sexual y reproductiva y 167 profesionales, (43,4%) con relación a la ley 448 de salud mental; las respuestas relacionadas con el desconocimiento de los contenidos de las leyes dan cuenta que 175 profesionales (45,5 %) del total de profesionales de planta de los Cesac, dice no conocer el contenido de la ley 2318, de consumo de sustancias psicoactivas y 167 profesionales de planta, (43,4%), ni los artículos de la ley 114 de Protección integral de niños, niñas y adolescentes; con relación a la cuarta opción referida a desconocer la existencia 197 profesionales (51,3%) responden no conocer la ley 2881, establecimientos para el cuidado de niñas, niños y adolescentes, y 194 profesionales,(50, 5) % refiere no conocer la existencia de la ley 5463, de indicadores de derechos de los niños, niñas y adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Cuadro 46: Síntesis de los resultados con relación a los niveles de conocimiento del marco normativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires referido a la temática de referencia

conocimiento de todos los artículos de la ley	conocimientos generales de los contenidos	desconocimiento de los contenidos de la ley	desconocimiento de la existencia de la ley
1	2	3	4
153 Ley básica de salud: 58,3 %	448 Ley de salud mental 43,4 %	2318: Consumo de sustancias psicoactivas 45,5 %	2881: Establecimiento de cuidados de niñas niños y adolescentes 51,3 %
2316: Ley de consentimiento informado: 50,7 %	418 Ley de salud sexual y reproductiva 41,1%	Ley de protección de niñas niños y adolescentes 43,4%	Indicadores de derechos de niñas, niños y adolescentes, 50,5 %

Fuente: Elaboración propia en base al análisis de los datos obtenidos en el cuestionario autoadministrado

Con relación al conocimiento de la Resolución Ministerial del Ministerio de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 1751/08, el 49,2% de los profesionales responde afirmativamente todo el contenido, mientras que 112 (29%) hacen referencia a conocer solo algunos conceptos generales; solo 58 profesionales (15,1%), refiere desconocer los contenidos y 25 profesionales (6,5%), desconoce su existencia.

Los resultados alcanzados con relación al objetivo específico 1 en relación a las Leyes Nacionales Argentinas referidas a la temática, muestran que los profesionales de planta responden tener mayor conocimiento de :El código civil ; la ley de derechos del paciente ; Ley de salud mental; ley de educación sobre adicciones y uso indebido de drogas y que las leyes Nacionales de las cuales responden desconocer son la ley de prevención del suicidio; la ley de anticoncepción quirúrgica; la ley de identidad de género y la ley de prevención de la violencia, tal como se muestra en el cuadro 47:

Cuadro 47: Leyes Nacionales de las que refieren los profesionales de planta tener mayor conocimiento o desconocimiento

LEYES NACIONALES QUE LOS PROFESIONALES DE PLANTA RESPONDEN TENER MAYOR CONOCIMIENTO	LEYES NACIONALES QUE LOS PROFESIONALES DE PLANTA RESPONDEN DESCONOCER
Código Civil	Ley de prevención del suicidio
Ley de derechos del paciente	Ley de anticoncepción quirúrgica
Ley de salud mental	Ley de identidad de género
Ley de educación sobre adicciones y uso indebido de drogas	Ley de prevención de la violencia

Fuente: Elaboración propia en relación con los datos obtenidos en el cuestionario autoadministrado

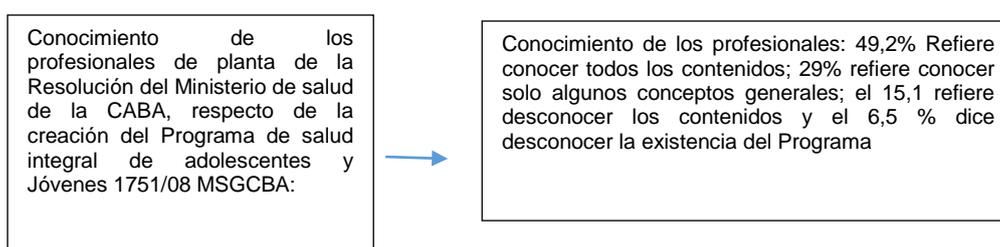
Cuadro 48: Leyes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de las que refieren los profesionales de planta tener mayor conocimiento o desconocimiento

LEYES DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES QUE LOS PROFESIONALES DE PLANTA RESPONDEN TENER MAYOR CONOCIMIENTO	LEYES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES QUE LOS PROFESIONALES DE PLANTA RESPONDEN TENER DESCONOCIMIENTO
Ley Basica de salud integral	Ley de consumo de sustancias psicoactivas
Ley de salud mental	Ley de proteccion integral de niños niñas y adolescentes
Ley de salud sexual y reproductiva	Ley de establecimientos de cuidado para niños niñas y adolescentes
	Ley de indicadores de derechos para niños niñas y adolescentes

Fuente: Elaboración propia en relación con los datos obtenidos en el cuestionario autoadministrado

Con relación al conocimiento que presentan los profesionales de planta del Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de CABA (Re.1751/08), el 49.2% responde conocer los contenidos y el marco del programa; el 29% responde conocer solo algunos contenidos generales; el 15,1% responde desconocer los contenidos y el 6,5% responde desconocer la existencia del programa, tal como se intenta mostrar en el cuadro 49:

Cuadro 49: Porcentaje de profesionales de planta que responde conocer el Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes (Res. 1751-MSGCBA- CABA



Fuente: Elaboración propia Elaboración propia según datos obtenidos y analizados en el cuestionario autoadministrado

Resultados alcanzados en el Objetivo específico 2:

2. Describir la percepción de los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en las acciones interdisciplinarias en los Centros de salud y Acción Comunitaria (Cesac) de la CABA en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes.

Los resultados alcanzados hacen referencia a que más del 50% de los profesionales de planta dice que no se aplica en los casos o situaciones problema que presentan los adolescentes, el enfoque interdisciplinario como practica integrativa facilitadora de la lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en el diseño de intervenciones y acciones; que es poco reconocida y no existe en la actualidad un planteo conjunto de los problemas complejos ya que actualmente hay falta de comunicación dialógica y que no forman parte de los procesos de trabajo las reuniones periódicas del equipo interdisciplinario, por lo cual es insuficiente la relativización de las diferentes miradas disciplinarias, sumado a una carencia de espacios organizacionales para reflexión, sentido y valor del propio quehacer disciplinar, que facilite la elaboración conjunta de acciones de promoción, prevención y educación para la salud con intervenciones referentes a una clínica ampliada; falta de estimulación entre los integrantes para aplicación de nuevos dispositivos, espacios organizacionales, con escasa credibilidad y respaldo a los aspectos organizacionales de la practica con una mirada sistémica, contextualizada, cotidiana y territorial ya que muy pocas veces, los profesionales del equipo de salud tienen en cuenta los aspectos biológicos, psicosociales, ambientales, culturales, políticos de las situaciones y necesidades que presentan los y las adolescentes y la relación con los profesionales del sistema de salud para el análisis de situación de salud comunitario, familiar, planificación, evaluación y seguimiento; que no es frecuente la comunicación dialógica, ya que en escasas oportunidades se tienen en cuenta aspectos de interacción e interrelación de los profesionales en la estructuración de los espacios organizacionales en los procesos de trabajo; que las investigaciones presentan muy

pocas las posibilidades de relevar datos, mejorar el diagnostico; que la relativización de las miradas disciplinares con relación a otras de los profesionales del equipo son escasas e insuficientes para dar sentido, visión, y facilitar nuevos posibles, compartir responsabilidades, generar espacios conjuntos organizacionales entre los profesionales del equipo para la producción y evaluación de los procesos de trabajo en relación con la salud integral de los y las adolescentes en los Centros de salud y Acción comunitaria, que el reconocimiento para un abordaje amplio, una clínica ampliada en torno a la interdisciplina, como practica integrativa contextualizada, cotidiana y territorial, no es reconocida ni valorada.

Cuadro 50: Resultados alcanzados en el objetivo 2

<p>Interdisciplina según la percepción de los profesionales de planta de los Cesac en la Caba, en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes (Res.1751/08 MSGC)</p>	<p>Poco reconocida como practica integrativa, y facilitadora de la lógica de pensamiento de salud integral y de nuevos posibles en relación con aspectos organizacionales</p> <p>Falta de comunicación dialógica-</p> <p>Insuficiente relativización de las diferentes miradas disciplinares.</p> <p>Carencia de espacios de reflexión, sentido y valor del propio quehacer disciplinar.</p> <p>Escasa elaboración conjunta de acciones de promoción, prevención y educación para la salud con intervenciones referentes a una clínica ampliada.</p> <p>Falta de estimulación entre los integrantes para aplicación de nuevos dispositivos, espacios organizacionales.</p> <p>Escasa credibilidad y respaldo a los aspectos organizacionales de la practica con una mirada sistémica, contextualizada, cotidiana y territorial</p>
--	--

Fuente: Elaboración propia según los datos obtenidos en el objetivo 2

Resultados alcanzados en el Objetivo específico 3

3) Identificar la visión de los profesionales de planta con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en las acciones intersectoriales en los Centros de salud y Acción Comunitaria (Cesac) de la CABA en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes.

Los resultados alcanzados dan cuenta que los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria de la CABA, no identifican en la medida en que no visibilizan la importancia de la participación ni articulación de los profesionales y equipos de salud del programa de adolescencia con otros sectores de la comunidad, gubernamentales o no gubernamentales, ministerios y/o instituciones al tener un escaso reconocimiento de las acciones intersectoriales como practicas integrativas y facilitadoras de la lógica de pensamiento de salud integral de los y las adolescentes y la aplicación de nuevos posibles para el enfoque de problemas y necesidades, ni que sea importante la participación de otros sectores y la articulación, o concertación a partir del intercambio de información, transferencia de conocimientos, frecuencia y periodicidad de encuentros de acuerdo de criterios, sistematización de intervenciones, planificación de tareas, identificación de competencias, contactos frecuentes, de seguimiento y evaluación en espacios organizacionales, contextualizados, territoriales

y cotidianos, entre sectores, no identificando como posible, adecuado y apropiado el análisis de situación, el seguimiento, y la evaluación ya que no se identifica, ni se visibiliza la posibilidad de incorporación a la practica en espacios cotidianos por considerar que la inclusión de distintos profesionales y equipos de otros sectores, en la planificación, el acuerdo de criterios, la priorización del problema, el diseño de actividades, la sistematización ante la falta de espacios y tiempos, ya que conlleva tiempos muy amplios y extensos para esclarecer la correspondencia de propósitos identificación de necesidades, y definición de intervenciones conjuntas entre sectores.

Cuadro 51: Resultados alcanzados en el Objetivo específico 3

Intersectorialidad identificación y visión de los profesionales de planta de los Cesac de la Caba en el marco del programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes (Res. 1751/08 MSGCBA)	No se visibiliza la importancia de participación ni articulación con profesionales y equipos de otros sectores y no se identifica como practica integrativa y facilitadora de la lógica de pensamiento y de nuevos posibles en relación con aspectos organizacionales. Falta de consideración en relación con concertación, intercambio de información, transferencia de conocimientos, acuerdo de criterios, sistematización de intervenciones, planificación de tareas, con otros sectores. No reconocido como apropiado el análisis de situación y la posibilidad de incorporación a espacios cotidianos, por falta de espacios y tiempos para esclarecer correspondencia de propósitos, identificación de necesidades y definición de intervenciones conjuntas entre sectores. Escasa identificación de la necesidad de mecanismos de confluencia con la implicación de actores de otros sectores gubernamentales como ser educación, desarrollo social, vivienda, consejo de niñas, niños y adolescentes, defensorías, cultura, deportes, redes sociales, teniendo en cuenta los aspectos estratégicos locales para el ajuste mutuo de campos de acción, para reducir las duplicidades
---	--

Fuente: Elaboración propia según los datos obtenidos en el objetivo 3 del cuestionario autoadministrado

Resultados alcanzados en el Objetivo específico 4

4) Analizar la opinión de los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con relación a la salud integral como lógica de pensamiento y aplicación de nuevos posibles en espacios organizacionales cotidianos contextualizados y territoriales de educación permanente en el Programa de salud integral de adolescentes y jóvenes en los Centros de Salud de la CABA.

Los resultados alcanzados dan cuenta que la opinión de los profesionales de planta de los centros de salud y acción comunitaria de la CABA, con relación a la educación permanente como una estrategia de intervención pedagógica e institucional para la mejora de aspectos organizacionales y de transformación de la práctica técnica de los profesionales y el equipo de salud en la medida en que es facilitadora de nuevos posibles en torno a la lógica de pensamiento de salud integral de los y las adolescentes, como componente de la realidad misma que se complementa con las practicas integrativas de interdisciplina e intersectorialidad, dan cuenta que la mayoría de los profesionales de planta no consideran que sean implementados en la actualidad dichos espacios, y que el equipo profesional ve dificultadas sus acciones con la comunidad; refieren no tener claramente justificados los espacios organizativos y de educación permanente en relación con las

necesidades de los y las adolescentes, en general no hay registro de propias limitaciones y prejuicios, a la vez que opinan que en general en los centros de salud no es posible ni viable reflexionar acerca de una lógica de pensamiento de salud integral referida a los adolescentes en forma cotidiana, contextualizada y territorial, en tanto que hay carencia de propuestas, definición de puntos críticos, priorización de temas, áreas, espacios. Surge de las entrevistas realizadas varias opiniones con referencia a falta de colaboración, coordinación, cooperación y reflexión entre los profesionales, lo cual dificulta poder hacer una convocatoria seria a encuentros o reuniones de concertación técnica, e intercambio de criterios en los Centros de salud y Acción comunitaria. Se hace referencia a escaso tiempo para realizar la educación, y las acciones pedagógicas destinadas a la formación son discontinuas, ocasionales, la falta de reflexión de los procesos de cambio, que implica tener prioridades, el abordaje de análisis de problemas en la práctica, contextualizadas, cotidianas y territoriales, no constituyen un proceso de trabajo, en los centros de salud, ni tampoco están formando parte de ellos al no poder establecer los propios profesionales nudos críticos a los cuales enfocar; en general la opinión de los profesionales es que no hay claridad en relación con la utilidad de estos espacios, ni viabilidad, ni credibilidad ética en los resultados y en la relación de las acciones pedagógicas con las competencias profesionales, la mejora en la resolución de los problemas para que se puedan promover espacios de educación permanente.

Cuadro 52: Resultados alcanzados en el Objetivo específico 4

<p>educación permanente como una estrategia de intervención pedagógica e institucional para la mejora de aspectos organizacionales y de transformación de la práctica técnica</p>	<p>Falta de claridad en la justificación de espacios organizativos y de educación permanente a nivel de experiencias pedagógica y abordaje de problemas</p> <p>La opinión acerca del propio registro en torno a las propias limitaciones y prejuicios en relación con poder reflexionar sobre las necesidades de salud de los y las adolescentes y su relación con las organizaciones de salud, los profesionales y el campo de las prácticas en un marco pedagógico en general es poco clara.</p> <p>Surge de las respuestas una escasa colaboración, cooperación y reflexión entre los profesionales y en el equipo de salud, falta de definición de puntos críticos, priorización de temas, áreas, espacios, para promover nuevas acciones, que debilita la lógica de pensamiento de salud integral.</p> <p>La mayoría de los profesionales opina que los espacios pedagógicos solo pueden ser viables fuera del centro de salud, y fuera de horario de trabajo, no hay claridad de opinión frente a la utilidad de los espacios, ni credibilidad en los resultados, en relación con la mejora de las competencias profesionales y las acciones pedagógicas para la mejora de la resolución de los problemas de los y las adolescentes en los centros de salud y acción comunitaria en la CABA.</p>
---	--

Fuente: Elaboración propia según los datos obtenidos en el objetivo 4

9: Propuesta:

El desarrollo de la presente investigación apunta a aportar datos relacionados con la salud integral como una lógica de pensamiento ordenadora de la organización de las intervenciones de salud, para facilitar nuevos posibles y mejora en el campo de las prácticas profesionales en relación con los equipos de los Centros de salud de la Caba desde una cotidianeidad, contextualización y territorialidad que tengan en cuenta las capacidades para abordar el conocimiento de la realidad en su complejidad, superando preconceptos, promoviendo el trabajo en equipo a fin de favorecer, la interdisciplina y la intersectorialidad, la apropiación de conocimientos socialmente significativos desde una actitud científica en el marco de educación permanente orientados a poder desempeñar funciones estratégicas en el reconocimiento de la diversidad de los procesos, desde las particularidades y estilos para enfrentar el conocimiento frente a situaciones adversas.

Las implicancias que tiene este encuadre permiten, plantear reflexiones, acerca de cómo y de qué manera los profesionales y equipos de salud, perciben dicha lógica, en sus prácticas y en los procesos de salud en la organización como los CESAC, y cuál es la opinión y visión de estos respecto a la existencia de espacios organizacionales que favorezcan la practica interdisciplinaria e intersectorial.

Las respuestas dadas por los profesionales de planta dan cuenta de un escaso conocimiento de las normas, marcos legales y programas existentes tanto a nivel Nacional como jurisdiccional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación a la temática planteada en este grupo de edad, así como también surge a partir de las entrevistas realizadas que la construcción de salud integral como lógica de pensamiento desde la interdisciplina en espacios organizacionales, cotidianos, territoriales y contextualizados en los centros de salud y acción comunitaria actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene muy poca valoración estratégica, se descuida el perfil de los adolescentes, sus necesidades, resistencias, actitudes defensivas, y problemáticas complejas, lo cual hace poco visible a este grupo de edad en los servicios y en el sistema de salud.

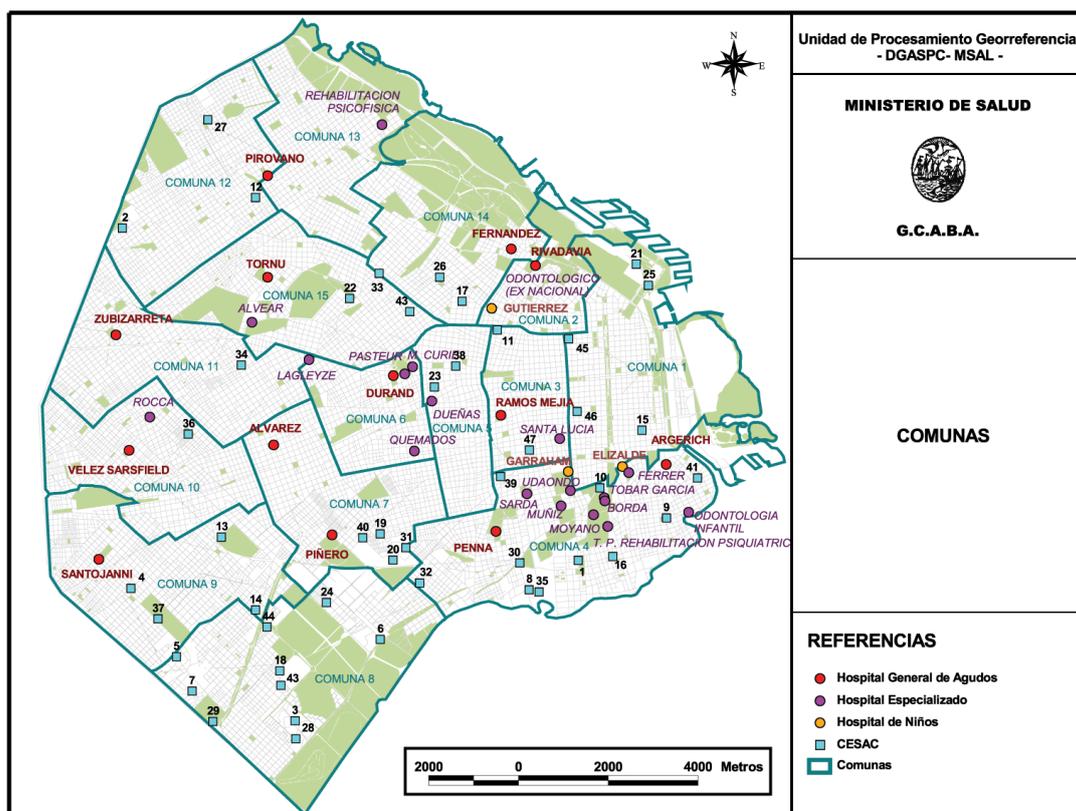
Las carencias, discontinuidades y discrepancias sumadas a las opiniones relacionadas con intervenciones disociadas, y superpuestas, falta de colaboración, cooperación y reflexión, en el abordaje de las situaciones problemáticas sumado a desconsideración del reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y del enfoque sistémico institucional, cohesión de los equipos, y comunicación dialógica, además de un escaso conocimiento de las normas, marcos legales y programas existentes tanto a nivel Nacional como jurisdiccional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación a la temática planteada en este grupo de edad, permite elaborar 3 tipos de propuestas : la primera en relación a reflexionar acerca de cómo y de qué manera es posible construir una lógica de pensamiento de salud integral de

los y las adolescentes en relación con nuevos posibles, en el campo de la salud pública, que tenga en cuenta características epocales, que permitan la superación de prejuicios, limitaciones y cristalización de las prácticas de los profesionales y equipos en los contextos de desempeño profesional, cotidianos, contextuales y territoriales, en los Centros de salud y acción comunitaria en el marco de la Estrategia de atención primaria de la salud; la segunda propuesta se relaciona con la necesidad de fortalecer los espacios organizacionales, de educación permanente, en un marco pedagógico, de los equipos profesionales que permita adecuar las prácticas y acciones a los nuevos contextos y escenarios con referencia a las necesidades y problemáticas complejas de los y las adolescentes, así como también, actualizar la información con referencia a las leyes, normas y programas existentes en la actualidad referidos a la salud integral de los y las adolescentes, en el marco de prácticas de interdisciplina e intersectorialidad en los Centros de salud y Acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco del Programa de salud integral de los adolescentes y Jóvenes (Res. 1751/08 MSGCBA) y la 3er propuesta fortalecer la investigación en los equipos profesionales del primer nivel de atención en salud, haciendo una propuesta de continuidad del presente trabajo profundizando aspectos poco abordados en relación a la continuidad de la atención, los espacios organizacionales de recepción de adolescentes en el sistema la construcción de redes de servicios de salud, y redes sociales en la comunidad, la referencia y la contrarreferencia entre las distintas organizaciones de salud de los diferentes niveles de atención y la incorporación de las tecnologías informáticas en el campo de las prácticas y en los espacios de educación permanente, como las

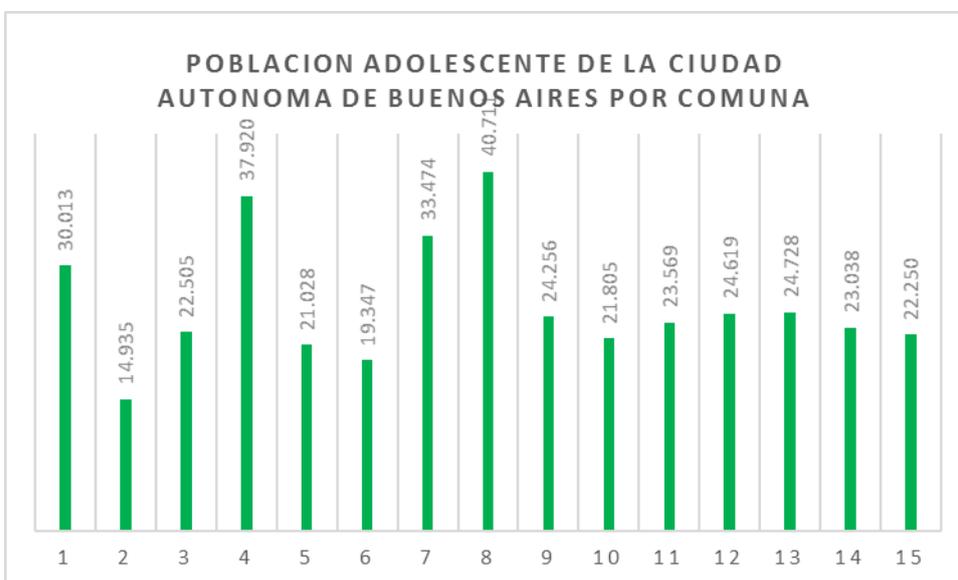
comunidades de practica para el fortalecimiento de la comunicación, y la información en un marco de interdisciplina e intersectorialidad

10: ANEXOS

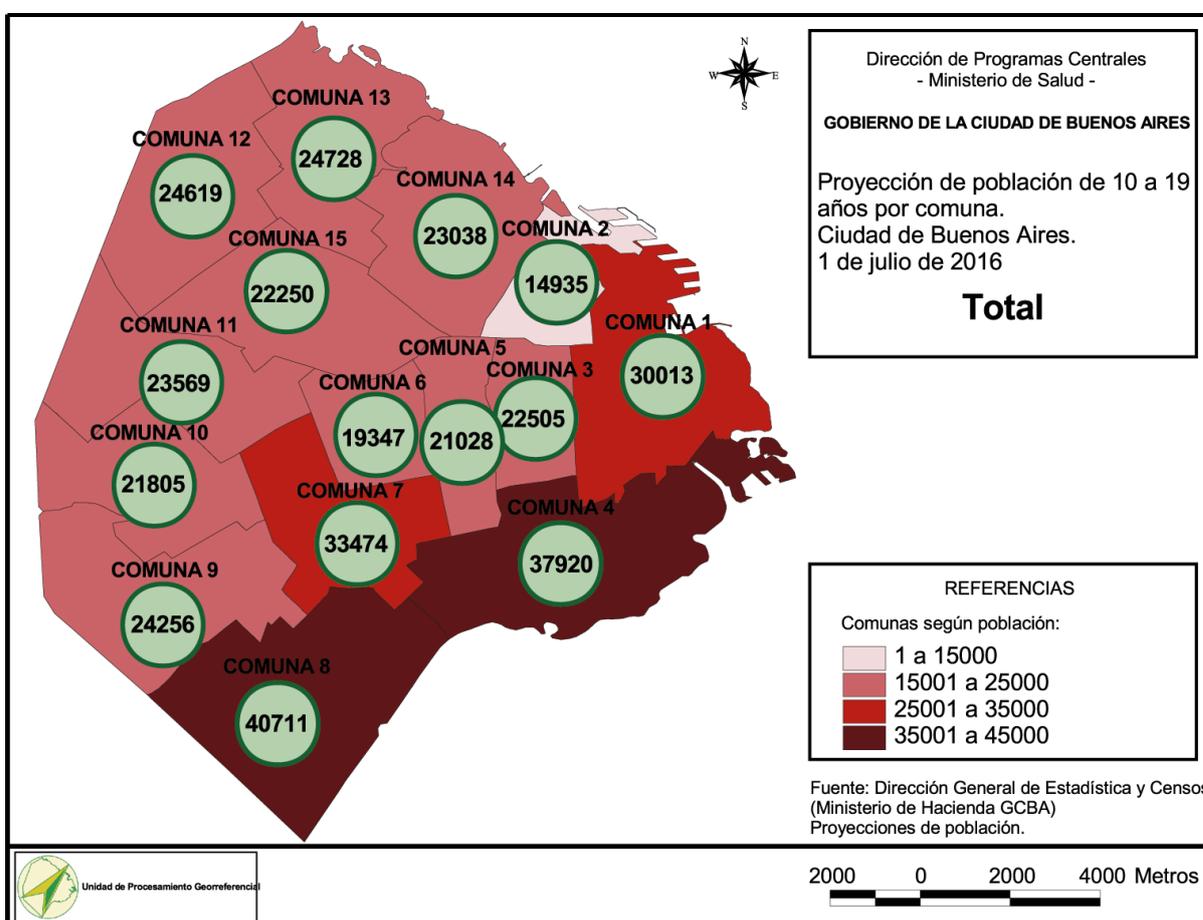
Anexo 1: Mapa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Comunas y Áreas Programáticas-Hospitales efectores y Centros de salud



Anexo 2: Población adolescente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por comuna.



Anexo 3: Proyección 2016 de la población de 10 a 19 años por comuna en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Anexo 4: Profesionales de planta que atienden adolescentes, en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res.1751/08), por profesión, según Centro de salud y acción comunitaria y Hospital efector.

hospital	Cesac	medicos	psicologos	Asist. sociales	fonaudiologos	psicopedagogos	enfermeros	nutricionistas	obstetricas
ARGERICH	Nº 9	3	2	1	1	1	1		
	Nº 15	4	4	1	1	1	1		1
PENNA	Nº 41	4	2	1	1	1	1	1	
	Nº 1	2	1	1	2	1	2		1
	Nº 8	3	2	2	1				
	Nº 10	3	2	2	1	1			1
	Nº 16	2	1	2	1		2	1	
	Nº 32	4	2	1	1		1		
RAMOS MEJIA	Nº 30	2	1			1			
	Nº 39	3	1	1	1	1	1		1
	Nº 35	2	1	1	1	1	1	1	
	Nº 11	2	2	2					
SANTOJAN	Nº 45	2	2	1	1		1		1
	Nº 3	2	1						
	Nº 4	2	1			1	1		
	Nº 37	3	1	1	1	1	1	1	
ALVAREZ	Nº 7	2	1	1	1	1	1	1	1
	Nº 28	4	4						
	Nº 29	4	4	2	1				
	Nº 34	3	2	1	2	1	1	1	
PIÑERO	Nº 6	3	3	1	1	1	1		
	Nº 14	3	3	1	1	1	1	1	
	Nº 13	3	3	2					
	Nº 10	4	4	2					
	Nº 20	3	3	1					
	Nº 24	3	3	1	1	1	1	1	1
	Nº 31	3	3						
DURAND	Nº 40	3	3						
	Nº 43	3	3						
	Nº 44	3	4	1	1		1	1	1
	Nº 22	4	4	1	1	1	1	1	
TORNU	Nº 23	4	4	1	1	1	1	1	
	Nº 38	3	3	1	1	1	1	1	1
	Nº 33	3	3	1			1	1	1
VELEZ SANSFIELD	Nº 36	3	3	1	1		1		
	Nº 17	3	3	1	1	1	1		1
	Nº 21	2	4	1	1	1	1		
	Nº 25	3	3	1	1	1	1	1	
PIROVANO	Nº 26	2	4	1	1	1	1		
	Nº 42	3	3	1	1	1	1	1	1
	Nº 2	2	4	1			1		
total	Nº 12	3	3	1	5	1	1		1
	Nº 27	2	3						
		110	116	38	34	26	33	13	14

Total 384 profesionales de planta en los Cesac.

Anexo 5: Modelo Consentimiento Informado:

Consentimiento Informado:

Soy..... en el marco de la investigación La salud integral en relación con prácticas integrativas desde espacios organizativos contingentes: Percepción de los profesionales de planta en los Centros de salud Comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes.

Dicha investigación tiene por objetivo Describir y analizar la visión de salud integral como lógica de abordaje de los procesos de trabajo de salud para operar en el diseño de intervenciones y acciones de salud de los profesionales de planta en el marco del programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes en los Centros de salud comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde el primer nivel de atención con base ambulatoria, y sus componentes: el conocimiento de las leyes relacionadas con la salud integral en la República Argentina, y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el trabajo en equipo interdisciplinario, y la intersectorialidad en espacios organizacionales de concertación técnica.

Dada su pertenencia como profesional de planta de los centros de salud Comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al Programa de salud integral

de adolescentes y jóvenes (Res.1751/08) solicito a Ud. acceda en una primera etapa a responder al cuestionario solicitado, y en una segunda etapa a ser entrevistado/a.

Se garantizan aspectos de confidencialidad y anonimato, en la medida en que nadie será identificado por su nombre, y que nadie por fuera del estudio accederá a los datos relevados.

Propósito de estudio: Contribuir a la mejora de los procesos de trabajo en relación con la aplicación de la lógica de salud integral, al fortalecimiento de las practicas integrativas de interdisciplina e intersectorialidad, de vínculos y de espacios organizativos de educación permanente.

Procedimientos a realizar: Luego de la aceptación del consentimiento informado , se aplicara un cuestionario de 10 preguntas a fin de recoger datos acerca de 1)Edad 2)Formación profesional 3)trayectoria profesional 4)Actividad profesional5) Acciones en el lugar de trabajo 6) nivel de conocimiento de las normas y leyes actuales relacionadas con la salud integral de los y las adolescentes Nacionales 6) nivel de conocimiento de las normas y leyes actuales relacionadas con la salud integral de los y las adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Actividades de promoción de salud7) Conocimiento del Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes del Ministerio de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 8) Aspectos que considera relevantes en el proceso de trabajo

referidos al programa 9) Percepción de los objetivos estratégicos 10) Obstáculos para la implementación de los objetivos estratégicos del programa en relación con la salud integral de los y las adolescentes. Dicho cuestionario será aplicado en el término de 60 minutos.

En una segunda etapa, a acordar, lugar y horario, se realizara una entrevista, que tiene una duración aproximada de 90 minutos, con el objetivo de recoger su opinión, acerca de temas que se consideran sensibles para la construcción de la visión de salud integral en los procesos de trabajo a fin de poder aplicar en las intervenciones y acciones dicha lógica, relevar el abordaje que el Centro de salud y acción comunitaria da a los y las adolescentes y también relevar las interrelaciones y vínculos entre los profesionales, y la conformación interdisciplinaria, y los espacios organizativos de educación permanente tales como 1) características del equipo profesional 2) condiciones organizacionales 3) características relacionales entre los profesionales 4) actividades intersectoriales 5) actividades de educación permanente.

No hay beneficios directos para los entrevistados, por su participación, y se espera que los resultados contribuyan a mejorar la visión por parte de los profesionales y equipos de la salud integral de los y las adolescentes, la interdisciplinariedad e intersectorialidad en los procesos de trabajo, así como contribuir a fortalecer los espacios organizacionales de educación permanente, concertación técnica e interdisciplinaria de los profesionales y equipos.

Ud. Tiene derecho a no aceptar la participación en la entrevista, aun cuando haya firmado el consentimiento informado, y tiene derecho a no responder alguna de las preguntas formuladas.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO:

He leído toda la información contenido en el consentimiento. tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Consiento voluntariamente en participar en este estudio, respondiendo a las preguntas del cuestionario, y a la entrevista y comprendo que tengo el derecho de no aceptar participar, sin que esto afecte o tenga consecuencias para mí.

Si acepto participar.

Firma opcional:

Fecha:

Anexo 6: Modelo de Cuestionario:

CUESTIONARIO de INVESTIGACION:

La salud integral en relación con prácticas integrativas desde espacios organizativos contingentes: Percepción de los profesionales de planta en los Centros de salud Comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco del programa de salud integral de adolescentes y jóvenes.

PRESENTACION:

Estimado/da participante:

El presente cuestionario auto administrado tiene como propósito recabar información sobre distintos aspectos que se relacionan con la salud integral y el marco de derechos de los y las adolescentes. Consta de 20 preguntas, referidas a su conocimiento de las leyes actuales Nacionales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, su conocimiento del Programa de salud integral de los adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, su opinión acerca de la lógica de salud integral de los y las adolescentes aplicada en los procesos de trabajo, su percepción acerca de las interrelaciones del equipo profesional, su opinión acerca de la práctica de la interdisciplina, su opinión acerca de la práctica de la intersectorialidad, su opinión acerca de los espacios organizacionales en los que participa el equipo de referencia, y su consideración respecto de los espacios de educación permanente del equipo de referencia del Programa de salud integral de los adolescentes en el Centro

de salud y Acción comunitaria . Al leer cada una de las preguntas, por favor, concentre su atención de manera que la respuesta que emita sea lo más fidedigna y confiable. La información que se recabe tiene como objeto la realización de un trabajo de investigación relacionado con la lógica de salud integral de los y las adolescentes aplicada a los procesos de trabajo de los profesionales y equipos, en relación con las practicas integrativas de interdisciplina e intersectorialidad y de educación permanente en espacios organizativos en los centros de salud y acción comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

No hace falta su identificación personal en el instrumento, ya que es anónimo, ya que solo es de interés los datos que pueda aportar de manera sincera y la colaboración que pueda brindar en la presente recolección de información

Muchas gracias por su valiosa colaboración

Anexo 7: Cuestionario de investigación:

Introducción: Establecimiento y Características profesionales

Centro de salud y Acción Comunitaria

Fecha y Hora.....

Parte 1) CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y PERFIL PROFESIONAL

Profesión:

Edad.....

Sexo:

Antigüedad en el efector:

Parte 2) CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LAS LEYES NACIONALES Y DE LA CABA CON REFERENCIA A LA SALUD UNTEGRAL Y LOS DERECHOS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

a)-Consigne en el cuadro que se presenta a continuación según las opciones, el conocimiento que UD considera tener de las Leyes Nacionales a las que se hace referencia con relación a la salud integral y el marco de derechos de los y las adolescentes. Señale con una X en la casilla correspondiente.

Opciones de conocimiento: CT: conocimiento total CG conocimiento general DC desconocimiento de los contenidos DL Desconocimiento de la existencia de la ley				
Opciones Leyes Nacionales	CT	CG	DC	DL
Leyes Nacionales	1	2	3	4
26061Proteccion integral de los niños, niñas y adolescentes				
25673Salud sexual y Reproductiva derecho a recibir informacion				
26150incoprporacion de contenidos en los niveles				
26485 Prevencion de la violencia				
26529Derechos del paciente				
26586Educacion sobre adicciones y consumo indebido de drogas				
25929Anticoncepcion quirurgica				
26618Matrimonio igualitario				
26657Salud Mental				
26743dentidad de Genero				
27130Prevencion del suicidio				
29994Codigo Civil y Comercial				
26378 Convencion de los derechos de discapacidad				
26934Abordaje de consumos problematicos				
25929: Parto respetado				

b) Consigne en el cuadro que se presenta a continuación según las opciones el conocimiento que UD considera tener de las Leyes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a las que se hace referencia con relación a la salud integral y el marco de derechos de los y las adolescentes. Señale con una X en la casilla correspondiente

Opciones de conocimiento: CT: conocimiento total CG conocimiento general DC desconocimiento de los contenidos DL Desconocimiento de la existencia de la ley				
Opciones Leyes de la CABA	CT	CG	DC	DL
Leyes CABA	1	2	3	4
Constitucion de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires Garantiza el derecho a la salud integral				
153 Ley de salud				
114 Proteccion integral de niños niñas y adolescentes				
5463 Indicadores de derechos de niñas niños y adolescentes				
2881 Establecimientos para el cuidado de niñas niños y adolescentes				
1723 prevencion y proteccion a niños niñas y adolescentes por abuso de consumo de alcohol				
2318 consumo de sustancias psicoactivas				
418 Desarrollo de la Salud sexual y reproductiva				
2316 consentimiento informado				

c) Consigne en el cuadro que se presenta a continuación según las opciones, el conocimiento que UD considera tener del programa de salud integral de los adolescentes y Jóvenes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Señale con una X en la casilla correspondiente

Opciones de conocimiento: CT: conocimiento total CG conocimiento general DC desconocimiento de los contenidos DL Desconocimiento de la existencia del Programa				
	CT	CG	DC	DL
Programa de salud integral de los adolescentes y jovenes de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires .Resolucion 1751/08 MSGCBA				

Parte 3: ASPECTOS REFERIDOS A LA APLICACIÓN DE LA LOGICA DE SALUD INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN LOS PROCESOS DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES:

OPINION ACERCA DE LA APLICACIÓN DE LA LOGICA DE SALUD INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN LOS PROCESOS DE TRABAJO DEL EQUIPO PROFESIONAL EN EL CENTRO DE SALUD :				
Opciones en relacion a los casos D/M de problematicas complejas : S siempre en todos los casos ,CS casi siempre mas del 50 % de los casos , AV a veces menos del 50 % casos ;N nunca en ningun caso				
PREGUNTAS	S	CS	AV	N
	1	2	3	4
a) Considera Ud que es aplicado el enfoque de equipo interdisciplinario en el centro de salud y Acción Comunitaria para abordar la logica de salud integral de los y las adolescentes en los procesos de trabajo de los profesionales				
b) En su opinion son tenidos en cuenta desde los profesionales del equipo de salud los aspectos biológicos, psicosociales, ambientales, culturales, políticos y la relacion con los profesionales del sistema de salud para el analisis de situacion de salud y la construccion de intervenciones segun las problematicas complejas que presentan los adolescentes en los D/M de los Centros de salud y Accion comunitaria ?				
c) considera Ud.que son tenidas en cuenta las características sistémicas relacionadas con la interaccion e interrelacion de los profesionales en la estructuración de los espacios organizacionales en los procesos de trabajo en los centros de salud y accion comunitaria para la aplicación de la logica de salud integral de los y las adolescentes				
d)Considera Ud que son valoradas las articulaciones entre entre los profesionales del sistema de salud con profesionales y equipos de diferentes sectores para la aplicación de la logica de salud integral de los adolescentes teniendo en cuenta el enfoque de derechos, y la autonomia de los y las adolescentes				
e)En su opinion teniendo en cuenta las opciones presentadas, como considera la existencia de las posibilidades de relevar datos, mejorar el diagnostico, y generar un espacio conjunto organizacional, para producción y evaluación de los procesos de trabajo referidos a la salud integral de los y las adolescentes en el Centro de salud y Accion comunitaria entre todos los profesionales del equipo interdisciplinario				

Parte 4: OPINIONES DE LOS PROFESIONALES RESPECTO DE LA
 APLICACIÓN DE ACCIONES INTEGRATIVAS: INTERDISCIPLINA

OPINIONES DE LOS PROFESIONALES RESPECTO DE LA APLICACIÓN DE ACCIONES INTEGRATIVAS EN LOS PROFESOS DE TRABAJO : INTERDISCIPLINA	OPCIONES	
PREGUNTAS	SI	NO
a) ¿En su opinión, es posible el intercambio de criterios entre los profesionales según un caso o problema en los procesos de trabajo de los profesionales referidos a la salud integral en el marco del programa?		
b) ¿En su opinión, en base a su experiencia en la actualidad existe un planteo conjunto de los problemas entre los profesionales, pudiendo redefinir y acordar aspectos?		
c) En su opinión, forman parte de los procesos de trabajo las reuniones periódicas en equipo, interdisciplinarias en el Centro de salud comunitaria?		
d) Según su opinión, se promueve una mirada y una lógica de salud integral de los y las adolescentes en las acciones y el abordaje de las problemáticas con una visión amplia del propio quehacer profesional en el marco de los procesos de trabajo a partir de la construcción de sentido?:		
e) Considera UD que se perciben diferentes aportes de las distintas disciplinas siendo valorados y reconocidos por los profesionales en los procesos de trabajo del equipo, desde la cotidianeidad, no como algo aislado, sino como una acción en el marco del programa		

Parte 5: OPINIONES DE LOS PROFESIONALES RESPECTO DE LA
 APLICACIÓN DE ACCIONES INTEGRATIVAS: INTERSECTORIALIDAD

OPINIONES DE LOS PROFESIONALES RESPECTO DE LA APLICACIÓN DE ACCIONES INTEGRATIVAS EN LOS PROFESOS DE TRABAJO : INTERSECTORIALIDAD	OPCIONES	
	SI	NO
PREGUNTAS		
a) ¿Considera Ud que existe en la actualidad una apropiada colaboración de los equipos de salud del programa de salud integral de los adolescents con diferentes sectores como aspecto tecnico importante para el desarrollo de acciones intersectoriales?		
b) ¿Considera Ud que la comunicación entre los profesionales de salud y los profesionales de diferentes sectores facilita el desarrollo de acciones de promoción de salud integral de los y las adolescents ?		
C) Considera ud que es oportuno, y adecuado el analisis de situacion de salud para abordar las problemáticas complejas de los y las adolescents de manera intersectorial con referencia a los distintos sectores que componen el contexto y territorio del centro de salud y acción comunitaria?		
d) Según su opinion, existe interacción, y concertación en espacios organizacionales apropiados y oportunos con los diferentes sectores de la comunidad, en relación al poder abordar las problemáticas de los y las adolescents?:		
E) En su opinion, es posible la evaluación y seguimiento conjunto con diferentes sectores de la comunidad, de las problemáticas de salud integral de los y las adolescents ?		

-PARTE 6: CONSIDERACIONES DE LOS PROFESIONALES CON RELACION A LOS ESPACIOS ORGANIZACIONALES DE EDUCACION PERMANENTE EN SALUD.

OPINIONES DE LOS PROFESIONALES RESPECTO DE LA EXISTENCIA DE ESPACIOS ORGANIZACIONALES DE EDUCACION PERMANENTE DE LOS EQUIPOS DE SALUD INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES EN LOS CENTRISO DE SALUD Y ACCION COMUNITARIA	OPCIONES	
PREGUNTAS	SI	NO
a) ¿Considera Ud. que son implementados espacios de educación permanente desde el Centro de salud y Acción comunitaria, a fin de poder accionar desde el equipo profesional en forma articulada con la comunidad, con las familias, y con otros sectores?		
b) En su opinión existen en la actualidad espacios de educación permanente de los profesionales y equipos orientados a relevar las necesidades de los y las adolescentes en el marco de la salud integral?		
c) En su opinión, es posible problematizar los procesos de trabajo en los espacios de educación permanente a fin de poder reflexionar y construir una lógica de salud integral contextualizada, en lo cotidiano y territorial a fin de promover nuevas intervenciones y acciones en el marco del programa de salud integral de los adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?		
d) En su opinión, existe para posibilitar la educación permanente del equipo de salud en el marco del programa de adolescentes en el centro de salud y acción comunitaria un espacio organizacional frecuentes, periódicos y cotidianos que favorezcan la interacción, reflexión, y reformulación de intervenciones?		
e) Considera ud que en la actualidad, cualquiera de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario de salud integral de los adolescentes puede convocar a un encuentro o reunión de concertación técnica, intercambio de criterios, o acuerdos en espacios organizacionales en el centrso de salud y acción comunitaria?		

ANEXO 7: Entrevista a los profesionales de planta: Características Generales

El objetivo de la entrevista es recoger la opinión de los profesionales de planta de los centros de salud y atención comunitaria en relación a la interdisciplina, intersectorialidad y a la existencia de espacios organizacionales de educación permanente como componentes para la construcción de la lógica de salud integral de los adolescentes en el campo de la salud pública desde la práctica relación a las problemáticas complejas y que se consideran sensibles para la construcción de la visión de salud integral por parte de los profesionales y equipos relacionados con las intervenciones, las características equipo profesional, las interrelaciones del equipo profesional, la comunicación y las competencias profesionales: 1) características del equipo profesional: Composición del equipo interdisciplinario si lo hay 2) condiciones organizacionales: Disponibilidad de espacio para reunión de equipo -Posibilidades de espacios de reunión acordadas por las autoridades- Disponibilidad de espacio de atención interdisciplinario 3) actividades intersectorial 4) actividades de educación permanente Modelo de entrevista :

Entrevista Numero

Fecha y Hora

Profesional

Centro de salud y Acción comunitaria

ANEXO 8: GUIA DE ENTREVISTA

Características generales del equipo profesional: Composición del equipo interdisciplinario si lo hay del centro de salud y acción comunitaria

1) Características de los profesionales según perfiles disciplinarios.

- Integrantes del equipo.
- Perfiles disciplinarios
- Interrelaciones: reuniones -encuentros-frecuencias -espacios

2) características del equipo profesional

2: Cual es la opinión del profesional respecto a las características del equipo profesional: vínculos, cohesión, sinergia, en base a Robbins:

equipo de trabajo	
Recursos adecuados	intercambio de ideas
clima de confianza	Capacidad de asimilar dificultades
asignacion de roles	diseño de intervenciones
diversidad	concertacion de criterios
flexibilidad	adecuacion de situaciones y problematicas
autonomia	resolucion de tareas
variedad de habilidades	participacion de los integrantes
Identidad de tareas	integracion de competencias tecnicas
significancia de las tareas	diseño de objetivos
proposito comun	en relacion con objetivos acuerdo de criterios
Metas especificas	acordes al marco programatico
Conflictos	estrategias de resolucion
interrelaciones	capacidad de anticipacion de dificultades
cohesion	sentimiento de pertenencia atraccion entre unos y otros compartir

3) Aspectos organizacionales: practicas integrativas y Educación permanente

Interdisciplina:

Guia entrevista interdisciplina

comunicación dialógica entre los profesionales del equipo

Planteo conjunto de problemas: el tratamiento, las intervenciones y acciones,

Investigaciones conjuntas, relevamiento de datos entre todos los integrantes del equipo generar un espacio de aprendizaje entre todos, como producción científica y autoevaluación;

relativización de la propia mirada, a partir de la de los otros integrantes del equipo de referencia;

promocionar una mirada y una lógica de pensamiento con relación a la salud integral del adolescente, dando sentido y visión al propio quehacer;

posibilidad de percibir los diferentes aportes de las distintas disciplinas, siendo valorados y reconocidos, por sí mismo y por los otros profesionales en los procesos de trabajo del equipo, desde la cotidianeidad, no como algo aislado, sino como una acc

compartir responsabilidades, y ejercer autocontrol desde cada integrante del equipo

intercambio, como red de contención en relación a afecto, humildad, tolerancia, elaboración de ayuda

Valoracion de la lógica de salud integral hacia el sujeto adolescente y el reconocimiento hacia un abordaje amplio frente al sesgo de la visión disciplinaria, credibilidad, respaldo y como aspecto organizacional en las intervenciones

construcción de reglas en forma conjunta, limites, y normas, de funcionamiento del equipo,

Estimulación entre los integrantes del equipo para la aplicación de nuevos posibles, nuevos dispositivos intercambio de opciones, acuerdos y tareas

4:)Intersectorialidad:

GUIA ENTREVISTA: INTERSECTORIALIDAD

Participacion de los integrantes

Enfoque sistemico de los integrantes

Enfoque de problemas

intercambio e informacion entre sectores

transferencia de conocimientos entre sectores.

periodicidad de las comunicaciones

contactos frecuentes

contextualizacion

territorializacion de las intervenciones entre sectores

5)actividades de educación permanente:

GUIA DE ENTREVISTA

EDUCACION PERMANENTE

coordinacion

colaboracion

reflexion

contextualizacion

territorialidad

cotidianeidad

Evaluacion

Anexo 9: Cuadro de síntesis en relación al conocimiento de los profesionales de planta de los Cesac de la Caba en relación con las Leyes Nacionales Argentinas con referencia a la salud integral de los y las adolescentes

conocimiento de los profesionales de planta de los cesac de la caba de las leyes Nacionales relacionadas con salud integral y derechos de los y las adolescentes								
leyes	frecuencia de profesionales que tienen conocimiento de todos los articulos	porcentaje	frecuencia de los profesionales que solo tienen conocimiento general de la ley	porcentaje	frecuencia de los profesionales que no conocen los contenidos	porcentaje	frecuencia de los profesionales que desconocen la existencia de la ley	porcentaje
26061	32	8,3	120	31,2	97	25,2	135	35,1
25673	103	26,8	114	39,8	100	26	67	17,4
26150	95	24,7	56	14,5	78	20,3	155	40,3
26485	20	5,2	95	24,7	63	16,4	206	53,6
26529	224	58,3	75	19,6	57	14,8	28	7,2
26586	52	13,5	214	55,7	34	8,8	84	21,8
25929	78	20,3	87	22,6	197	51,3	22	5,7
26618	85	22,1	123	32	94	24,4	82	21,3
26657	195	50,7	95	24,7	83	21,6	11	2,8
26743	38	9,8	74	19,2	65	16,9	207	53,7
27130	55	14,3	78	20,3	212	55,2	39	10,1
29994	60	15,6	224	58,3	78	20,3	22	5,7
26378	95	24,7	72	18,7	123	32	94	24,4
26934	32	8,3	86	22,3	107	27,8	159	41,4
25929:	47	12,2	132	34,3	95	24,7	110	28,6

Bibliografía

- 1 Clasificación Internacional de Enfermedades. Disponible www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf
- 2 Cardenas Marin W. La proposición lógica como instrumento para la comprensión y transformación de la realidad. Sophia. Colección de filosofía de la Educación; Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.2016 Disponible <https://revistas.ups.edu.ec/index.php/sophia/article/view/21.2016.03>
- 3 Ivette Flores Gimenez(2013): La teoría del conocimiento y la Epistemología de la Administración Disponible: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/view/1167>
- 4 Carballeda A.(2008):Problemáticas sociales complejas y políticas públicas Disponible <https://dx.doi.org/10.18046/recs.i1.409>
- 5 Duque M. : Problemáticas complejas en el primer nivel de atención. In Intervención activa del pediatra en problemáticas complejas, enfoque interdisciplinario y en red; Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina 2008
- 6 Patton,G.Nuestro futuro: Una comisión de The Lancet sobre la salud y el bienestar del adolescente. 2016 disponible <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/commissions/adolescent-health>
- 7 Carballeda A. La intervención en lo social como dispositivo, una mirada desde los escenarios actuales. Una mirada al contexto y el lazo social.Revista Trabajo Social ;margen 68 2013 Disponible <https://www.margen.org/suscri/margen68/carballeda.pdf>
8. Contandriopoulos, A.: La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales. Cuadernos médico sociales;Canada.2000 Disponible http://www.fsg.org.ar/maestria_pdfs/1.pdf
9. Becerra,G.y otro:Una mirada social y política de la ciencia en la epistemología constructivista de Rolando García Las formas elementales de la dialéctica.2008 Disponible http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185117162016000100018&lng=es&tlng=es.
- 10 Ministerio de Salud Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Programa de salud integral de adolescentes y Jóvenes 1751/08. Informe anual 2014 Equipo Coordinación nivel central Gerencia Operativa de Redes y Programas MSGCBA; Buenos Aires.Argentina 2014
- 11 Guedes Pinto D. Calidad de vida relacionada con la salud de Revista Panamericana de Salud Pública. 2014 Disponible: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8532/07.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 12 Maceira D. Necesidades y Acceso a los servicios de salud de la población adolescente en el Norte Argentino. Programa de Becas CarrilloOñativia. Buenos Aires : Ministerio de salud de la Nación Argentina, Salud investiga; 2012. Disponible: www.danielmaceira.com.ar/wp./MaceiraEquipo-Salud-Investiga-Adolescencia-.pdf
- 13 Organización Panamericana de la salud Plan de acción sobre salud en todas las políticas Plan regional de la OMS para las Américas OPS.Washington, D.C 2014
- 14 De Souza Campos G.(2005): La clínica del sujeto.Por una clínica reformulada y

- ampliada. Libro Gestion en Salud : En defenza de la vida Lugar Editora. Buenos Aires. Argentina 2000 disponible www.salud.rionegro.gov.ar/.../Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf
15. Carballeda A. La interdisciplina como dialogo: Una vision desde el campo de la salud. Trabajosocial. 2001. Universidad Nacional de La Plata Buenos Aires. Argentina
Disponible: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>
 16. Ministerio de salud Gobierno Ciudad de Buenos Aires Aires. Manual de introducción al trabajo en el primer nivel de atención del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires. Gobierno Ciudad de Buenos Aires. Argentina 2016
 17. Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires Aires.. Programa de Salud integral de adolescentes y jovenes. Informe 2015 Gerencia de Redes y Programas de base ambulatoria; 2016.
 18. Lewcowicz I. Pensar sin Estado: La subjetividad en la era de la fluidez. 2nd ed. Paidós Buenos Aires, Argentina 2006.
 19. Escobar J. Programa Nacional de salud integral de los adolescentes. Tecnico. Direccion materno infantil Ministerio de salud de la nacion. Buenos Aires. Argentina; 2012.
 20. Pineda Perez S. Manual de practicas clinicas para la atencion integral a la salud de la adolescencia. Trujillo. MNSAP Habana. Cuba; 2002.
 21. Organización Panamericana de la salud Marco conceptual y mandatos estrategicos de la OPS. Metodología de gestión productiva de los servicios de salud: introducción y generalidades. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
 22. Organización Panamericana de la Salud: Los adolescentes son distintos a los demas grupos poblacion. Salud para los adolescentes del mundo Una segunda oportunidad en la segunda decada Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente; .Ginebra. Suiza 2014.
 23. Organización Panamericana de la salud Integracion del manejo de adolescentes y sus necesidades. Normas de atencion de salud sexual y reproductiva. Ministerio de salud publica de Paraguay. 2011 ;Disponible: [http://www.paho.org/par\(http://www.unfpa.org.py](http://www.paho.org/par(http://www.unfpa.org.py)
 24. Organización Panamericana de la salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la salud para las Americas. Plan estrategico de la Organización Panamericana 2014-2019. Washington, D.C: OPS. Disponible: <file:///C:/Users/silviaPC/Downloads/CD53-OD345-s.pdf>
 25. Gonzalez Posadas Y: Lo psicosocial en la salud publica y la atencion primaria: un dialogo de convergencias e inclusion . Salud Publica de Medellin. 2006 Disponible www.udea.edu.co/.udea/.Lo+psicosocial+en+la+salud+pública+y+la+atención+pri
 26. Giovanella L. Atencion Primaria de la salud ¿reorientacion hacia el cuidado integral?, ed Atencion primaria de la salud en suramerica. Rio de Janeiro. Brasil Isags/Unasur; 2015. Disponible [www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb\[319\]ling\[2\]anx\[1112\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[319]ling[2]anx[1112].pdf)
 27. Bentue, M: Recomendaciones de avances para la salud Publica y la calidad de vida. Barcelona: SESPAS, Gaceta Sanitaria; Barcelona España 2015.
 28. Pasarin: integracion de competencias entre salud publica y atencion primaria

- de la salud. Gaceta Sanitaria.Sespas.Barcelona España 2010
29. Campos S. Efecto Paideia y el campo de la salud :cambios en los modelos de atencion. Reflexiones entre el sujeto, el mundo de la politica y gestion en salud Campinas Brasil 2006.Disponible en: www.forosalud.org.pe/iicns/Modelo_de_atencion.pdf
 30. Giovanella,L.:Panorama de la atencion Primaria de salud en Suramerica: concepciones,componentes y desafios. Saúde debate [Internet]. 2015 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200300&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>
 31. Castell-Florit Serrate Pastor. Intersectorialidad: discurso y realidad. Rev. Cubana Hig. Epidemiol].2004 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000100001&lng=es
 32. Pasarin M. Salud comunitaria: una actuación necesaria. Gac. Sanit. [Internet]. 2013 disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.001>
 33. Constandriopoulos. Elementos para una topografía de concepto de salud. Ruptures, Revista Interdisciplinaria de la Salud, Volumen 11 Número 1, Université de Montreal.Canada 2006;
 34. Organización Panamericana de la salud Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente 2010-2018. Washington D.C. 2010.Disponible: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
 35. Kantor D. Variaciones para educar adolescentes y jóvenes. 2008 Disponible en: http://ipes.anep.edu.uy/documentos/2011/desafiliados/materiales/variaciones_kantor.pdf.
 36. Lipovsky G. La era del vacío. 13th ed. Liberduplex. Anagrama; Barcelona.España 2005.
 37. Segredo Perez y otros: Capital humano, gestión académica y desarrollo organizacional. [Internet]. 2013 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000300014&lng=es.
 38. Garcia Millan y otros. Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública Revista Cubana de Salud Pública, vol. 41, núm. 1, Sociedad Cubana de Administración de Salud La Habana, Cuba 2015.
 39. Pantelides E. La fecundidad Adolescente en la argentina a comienzos del siglo XXI. Buenos Aires : CONICET-CENEP, investigacion ; 2007.
 40. Pantelides F. Maternidad Temprana en Argentina madres menores de 15 años. Centro de estudios de poblacion. 2014 Diciembre.
 41. Segredo Pérez AM, Martín Linares X, Gómez Zayas O, Lozada China M. Gestión y desarrollo organizacional en Salud Pública. Rev. INFODIR. 2012. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/infod/n1512/infod13212.htm>
 42. Watzlawick. Axiomas exploratorios de la comunicacion. In watzlawick. teoria de la comunicacion humana. barcelona: harder; 1991.Disponible: <https://catedraepistemologia.files.wordpress.com/2015/09/276081111-teoria-de-la-comunicacion-humana-watzlawick.pdf>
 43. Stolkiner. Atencion primaria de la salud: Enfoques interdisciplinarios. Atencion primaria de la salud y salud mentalPaidos; Buenos Aires. Argentina 2007.
 44. Correa,L:Dilemas eticos en Atencion Primaria en America Latina.Universidad Central Felaibe: Federacion Latinoamericana de Instituciones de Bioetica .1era

- edicion Santiago de Chile.Chile 2014.
45. Leonor LA. La interdisciplina y el equipo de salud. In Jornadas Nacionales del Centenario de la SAP : acerca del ejercicio profesional; Buenos Aires. Argentina 2011.Disponible en <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2011/ejercicio/aguilar.pdf>
 46. Bang C. La estrategia de promocion de la salud mental comunitaria.Una aproximacion conceptual desde el paradigma de la complejidad. Memorias del Congreso Internacional de Investigacion y practica profesional de la psicologia.Tomo III Universidad de Buenos Aires. Facultads de Psicologia. Buenos Aires. Argentina 2010; Disponible http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/publicaciones/la_estrategia.pdf
 47. Bang C. Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas.Universidad de BuenosAires.Conicet.Argentina2014.Disponible https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-69242014000200011&script=sci_arttext
 48. Linares M.Gestion y desarrollo organizacional en salud publica. Educacion medica superior.Escuela Nacional de Salud Publica LaHabana.Cuba2013;disponible: <http://bvs.sld.cu/revistas/infd/n1512/infid13212.htm>
 49. Osorio,Gy otro:La atencion primaria de la salud: Desafios para su implementacion en America Latina.Elsevier Doyma.Atencion Primaria 2013.Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27>
 50. Ortum,V:La refundacion de la atencion primaria.Innovacion en atencion primaria,vias de avance,de facil y necesaria implementacion Springer.Centro de investigacion en economia y salud.Universidad Pompeu Fabra,Barcelona.Madrid 2011.Disponible : https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/La_refundacixn_de_la_Atencixn_Primaria.pdf
 51. Turabian J. Atencion medica individual con orientacion comunitaria.Atencion contextualizadaRevistaClinica electronica en Atencion Primaria. 2003.Disponible https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2008m9n16/rceap_a2008m9n16a8.pdf
 52. Krauskopf,D. Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes. In CLACSO RdBVdCSdALyeCdIR. Participación y Desarrollo Social en la Adolescencia.: Disponible <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cyg/juventud/krauskopf.pdf>
 53. Krauskopf,D. La Salud de la Adolescencia y Juventud en el marco de las Políticas Públicas. In Pasqualini D. Adolescencia y salud un abordaje integral. Buenos Aires:Argentina; 2016.
 54. Krauskopf,D La contrucción de políticas de juventud en América Latina. In <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101023014421/krauskopf.pdf>
 55. Pásqualini D. salud y bienestar de los adolescentes y hovenes yna mirada integral. 1st ed. Conde I, editor. Buenos Aires,Argentina2010.
 56. Krauskopf D. :El desarrollo psicologico en la adolescencia Los derechos y las caracterisitcas de la preadolescencia y la adolescencia.Codajic. Disponible http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Los%20derechos%20y%20las%20caracter%20de%20la%20preadolescencia%20y%20adolescencia_0.pdf
 57. Ministerio de salud Ciudad Autonoma de Buenos Aires. Planificacion

- estrategica en los servicios de adolescencia. Presentacion de curso 2016. Buenos Aires: Ministerio de salud GCBA, Gerencia Operativa de redes y programas de salud con base ambulatoria;Buenos Aires.Argentina 2016.
58. Ley de Proteccion integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Ley 26.061 Senado y Camara de Diputados. Legislatura de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires; Argentina 2005.Disponible: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_los_Derechos_de_las_Ninas_Ninos_y_Adolescentes_Argentina.pdf
 59. Consejo de niños, niñas y adolescentes:Comité de los derechos del niño. Direccion de politicas publicas e investigacion.Buenos Aires. Argentina. 2017. Disponible http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/comite_de_los_derechos_del_nino_0.pdf
 60. Moreno, E:Los servicios de salud para los adolescentes.Los desafios de acceso y calidad Encuentro sobre salud del adolescente en Cartagena de Indias.Colombia 1995.Disponible <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/moreno.pdf>
 61. Página Web Oficial de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: Recuperado de: <http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/crc/callsubmissionsCRC.htm>
 62. Unicef. Datos sobre Adolescentes y jovenes en America Latina y el Caribe. 2016 Disponible[https://www.unicef.org/lac/Hoja_de_datos_sobre_adolescentes_Cumbre_uv\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Hoja_de_datos_sobre_adolescentes_Cumbre_uv(1).pdf)
 63. Unicef. Iniciativa de Derechos de la infancia adolescencia y salud .Montevideo .Uruguay 2012. Disponible: <http://www.sup.org.uy/web2/wp-content/uploads/2016/07/Guia-de-Derechos-de-ninos.pdf>
 64. Organización Panamericana de la salud : Declaracion de ALMA ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978; Disponible http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
 65. Abrantes Pego: Reseña de Gestion de salud en defenza de la vida de G.W.Souza Campos.Region y Sociedad.Vol XX.Colegio de Sonora.Hermosillo.Mexico 2008; <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10209810>
 66. Gérvas y otro: Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. Revista de atención Primaria. Barcelona. España 2007.Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301169>
 67. Giraldo F. Atención primaria en salud (aps). DE REGRESO AL PASADO? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2012 qbril; 30(1).
 68. Organización Panamericana de la salud (2007)Construccion de los sistemas de salud basados en la Atencion Primaria. La renovacion de la Atencion Primaria en las Americas.
 69. Ochoa, R (2004) El componente soscial de la salud publica en el siglo xxi. Revista cubana de salud publica. 2004 setiembre;(Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es
 70. Organización Panamericana de la salud : La Salud del adolescente.Estrategia 2010-2018; disponible http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
 71. Ochoa R. fundamentacion de la especialidad en salud publica. Rev Cubana de S Publica. 2011; 37(5).

- 72 Weisbrot,M.: Actualización: Evolución y transformación conceptual de la APS.evidenciaActualización en la Práctica Ambulatoria. 2014 setiembre; 17(3).Disponible www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325
- 73 Weisbrot,M.. Actualizacion evolucion y transformacion conceptual de la Atencion Primaria de la salud. Actualizacion en practica ambulatoria. 2014 setiembre.disponible: www.fundacionmf.org.ar/files/4e1491d9117f057605bd8e034e48ffa2.pdf.
- 74 Telles A. Atencion Primaria: Factor clave en la reforma al sistema de salud. Direccion de asuntos publicos. 2006 agosto; 1(2).
- 75 Landini,F: Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad Rev de S Publica 2014 Disponible: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231.pdf>
- 76 Ferrelli,R: 2015 Cohesion social como base para las politicas publicas orientadas a la equidad en salud : reflexiones desde el Programa Eurosocial 2015; 38(4).Disponible: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v38n4/v38n4a02.pdf
- 77 Pinehiro,R(2001). As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Constructo da Integralidade Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.Rio de Janeiro, : ABRASCO, ; 2001. p. 112http://chasqueweb.ufrgs.br/~mauremramos/outros/artigo_roseni1.pdf
- 78 Mattos,R.. El sentido de la integralidad algunas reflexiones acerca de valores que deben ser defendidos. Los sentidos de la integralidad en la atencion y el cuidado de la salud. 2009 Octubre.
- 79 Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.Construção da integralidade: cotidiano, saberes y practicas en salud. Rio de Janeiro; 2003. p. 45-59.
80. Luz, T Los significados de integralidad en la atención y en el cuidado de la salud.La salud necesita como un concepto estructural en la lucha por la integridad y la equidad en la atención sanitaria. In R Pinheiro MA. Los significados de integralidad en la atención y en el cuidado de la salud.; 2003.
- 81 Mattos,R: Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade 2009 disponible: <https://scholar.google.pt/citations?user=hFjfx2MAAAAJ&hl=pt-BR>
- 8 Texeira,R:Rio de Janeiro Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde 3; 2009.Disponible <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/272-277/es>
8. Vienni Baptista B. Los estudios sobre interdisciplina: construccion de un ambito en el campo de la ciencia tecnologia y sociedad. Redes. 2015 Diciembre; 21(41).
8. Mattos R. La integralidad en la practica. Rev de salud Publica. 2004 Sept.; 20(5).
- 85 Seixas,R. a integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia. Salud Colectiva. 2015 NOVIEMBRE; 12(1).
- 86 Pinehiro R. Globalizacion y proceso de trabajo en salud: el desafio de la interdisciplinariedad. Revista electronica de enfermeria. 2010 octubre; 9(20).
- 87 Pinheiro. Matriz analitica de las experiencias de enseñanzas de la integralidad: una proposicion observacional. In Cepesc , editor. Enseñar salud La integralidad y el SUS en los cursos de nivel de grado en el area salud. Buenos Aires: teseo; 2009. p. 456.

- 88 San Emeterio C. La delimitación contingente del espacio organizacional basada en procesos del saber. *Contaduría y administración*. 2014 junio; 59(2).
- 89 Romero V. Atención Primaria Integral de la salud. In Vega R. *Atención primaria integral de la salud: Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad*. Bogotá: Unión Gráfica; 2009. p. 320.
- 90 Poicon I. Marco conceptual del modelo de atención integral de salud. *Modelo de atención integral de salud basado en la familia y la comunidad*. 2011 diciembre.
9. Terris M. Definición de salud Pública. *Salud Pública de Medellín*. 2006 Junio; 1(1).
- 92 Frenk J. La salud Pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. *salud pública de México*. 1988 abril; 30(2).
- 93 Terris M. Los desafíos de la Salud Pública. *Escuela de Salud Pública*. 1990 <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/saludpublica/DesafiosSalud.html>; 23(1).
- 94 Edwin.R. La salud Pública como campo transdisciplinar. *salud pública*. 2007 Enero; 25(1). Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v25n1/v25n1a09.pdf>
- 95 Perez M. *Reflexiones en Salud Pública*. 1st ed. Perez M, editor. Bogotá: Universidad de Rosario; 2009.
- 96 M. H. *Estrategia Promocional de calidad de vida y salud*. 1st ed. Ferguson G, editor. Bogotá: secretaria distrital de salud; 2014.
97. Funes Molineri M. estudios interdisciplinarios y nuevos desarrollos. *Anuario de investigaciones*. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología. 2013 diciembre; 20(2).
- 98 Salud OPdl. *La salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño, y bases para la acción OPS BS*, editor. Washington, D.C.: OPS; 2002.
9. Rizo García M. PENSAMIENTO SISTÉMICO Y COMUNICACIÓN. RAZÓN Y PALABRA. 2011 febrero; 75.
100. Hartz Z. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004 diciembre; 20(2).
101. Zurro A. *Atención familiar y salud comunitaria* barcelona: Elsevier; 2011.
102. Maceira D. *Atención primaria en la Ciudad de Buenos Aires. Propuesta de Evaluación de Estrategias de Atención Primaria de la Salud*. 2008;(48).
103. Lemus J. *salud pública, sistemas y servicios de salud*. 1st ed. Cides F, editor. Buenos Aires : Cides; 2009.
104. Bonazzolla. *Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio. residencia interdisciplinaria de Educación y Promoción de la salud*. 2009 diciembre;(1).
105. Bonazzola P. *Políticas y Organización del sistema de salud en la Ciudad de Buenos Aires. Cuadernos de Capacitación de la Residencia de Educación para la salud*. 1999 setiembre; disponible www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf.
106. CABA PdA. *Análisis de diagnósticos/Motivos de consulta. producción gestión*. Buenos Aires : Ministerio de salud CABA, Programa de salud integral adolescente ; 2014.
107. Estadística.GCBA Sd. <https://www.estadisticaciudad.gob.ar> > Salud > Atención Primaria de la Salud. .
108. Salud OPdl. *Desafíos para la educación en salud pública reforma sectorial y funciones esenciales de la salud pública*. 1st ed. Washington, D.C.:

- Organización Panamericana de la Salud,; 2000.
109. Peiro RS. La Salud Publica y las Politicas de Salud. reflexiones acerca de la salud Publica y las politicas de salud. Barcelona: SESPAS; 2016. Report No.: (<http://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/4.0>).
 110. Alvin T. Salud en la perspectiva de integralidad. Escuela Anna Nery. 2013.
 111. Salud OPdl..
 112. salud OPdl. Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria. ; 2015.
 113. C. I. Medicina social latinoamericana, aportes y desafíos. Panamericana de Salud Publica. 2002; 12(2).
 114. Robbins. Comportamiento organizacional. 13th ed. Rosas PMG, editor. Mexico: Pearson; 2009.
 115. Balenzano M. Microprocesos de trabajo en los servicios sociales del Sistema de. Universidad de >
 116. Emeterio S. La delimitacion contingente del espacio organizacional. Contaduria y Administracion. 2014 junio; 59(2).
 117. Perez S. Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública. Cubana de S pública. 2015; 41(1).
 118. Franco B. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. Salud Colectiva. 2009 mayo; 5(2).
 119. Batista F. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. salud colectiva. 2011 abril; 7(1).
 120. Emerson M. La enfermedad como fenómeno social y las cuentas pendientes del Sistema de salud. In La enfermedad es un fenómeno social, no es un fenómeno biológico; 2016; <http://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-309729-2016-09-19.html>. p. 7.
 121. Campos dS. Paideia. salud colectiva. 2005 Abril; 1(1).
 122. Souza Campos G. Reforma da Reforma: repensando a saúde. 2nd ed. San Pablo: Hucitec; 1992.
 123. S. C. Análisis de Redes Sociales. trabajo social. 2009 setiembre;(2).
 124. M. E. Manifiesto en pro de una sociología. Ciencias Sociales. 2009 Diciembre;(4).
 125. Mucci M. Psicología y Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas. Psicodebate 6. Psicología, Cultura y Sociedad. 2009.
 126. Duarte N. Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. Salud Colectiva. 2014 abril; 10(1).
 127. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de Población. 2011 enero-junio; 5(8).
 128. Elder G. The Life Course and Human Development New Jersey: http://cdn.elsevier.com/promis_misc/alcr_editorial.pdf; 2006.
 129. Vicario H. Adolescere Salud integral en la adolescencia Madrid: SEMA Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia; 2013.
 130. Mercer. Enfoque de curso de vida. In enfoque curso de vida: fundamentos teóricos metodológicos aplicación a programas de salud; 2016; CABA Arentina. p. 74.
 131. Gastron L. La percepción de los cambios de vida de hombres y mujeres según edad. Universidad Nacional de Lujan. 2009 Junio; <http://www.scielo.org.ar/img/revistas/pys/v16n1/html/v16n1a01.htm>.

132. salud OPdl. estrategia y Plan regional sobre adolescentes y jovenes 2010-2018 Washington, D.C: OPS; 2011.
133. Jeylan T. Mortimer y Michael J. Shanajan Manual sobre Curso de Vida) (comps.) Editorial Springer, Nueva York, 2006, 728 pp.). Rev. argent. sociol. Buenos Aires. 2006 Julio diciembre; 4(7).
134. Escobar J. Características demográficas y socioeconómicas de la población adolescente en Argentina. 1st ed. adolescentes PNdsid, editor. Buenos Aires : Ministerio de salud de la Nación; 2015.
135. Melo AU. Una exploración sobre la situación de las y los adolescentes. Documento de estudio a partir de evidencia. Panama: Oficina Regional para América Latina y el Caribe, UNICEF ; 2015.
136. Das Gupta M. El estado de la población mundial adolescente 2014. 1st ed. Kollodge R, editor. Nueva York: UNFPA; 2014.
137. Pasqualini. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral Buenos Aires: OPS; 2010.
138. Shlomo Ky. La salud desde la perspectiva de ciclo vital. Investigación y docencia. Ginebra: Organización Panamericana de la salud, Promoción de la Salud y Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No transmisibles; 1999.
139. Unicef Argentina. Para Cada Adolescente una oportunidad: Posicionamiento sobre adolescencia <http://uni.cf/2t60Bmb> , editor. Buenos Aires : Unicef; 2017.
140. Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Encuesta Mundial de Salud Escolar Argentina. Encuesta país. Buenos Aires : Ministerio de salud de la Nación Argentina, Dirección de promoción de la salud y control de enfermedades; 2014.
141. Organización Mundial de la salud mejorar la atención dispensada a los adolescentes. Normas para mejorar la salud de los adolescentes. Ginebra: OMS; 2015.
142. Organización Panamericana de la salud. Salud para los adolescentes del mundo una segunda oportunidad en la segunda década www.who.int/adolescent/second-decade; 2014.
143. Fainstein, H. . La gestión de los equipos eficaces Buenos Aires : Macchi; 1998.
144. Schon. La formación de profesionales reflexivos Barcelona: Paidós; 1992.
145. Useche MC. Las organizaciones postmodernas en el siglo XXI. revista científica. 2005;(24).
146. Schon. El profesional reflexivo: como piensan los profesionales cuando actúan. 1st ed. HarperCollins Publishers I, editor. Barcelona: Paidós Iberica; 1998.
147. Merhy. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. 2nd ed. redylac , editor. Buenos Aires : Salud colectiva ; 2006.
148. Derrida J. La escritura y la diferencia <http://www.redalyc.org/pdf/310/31021828007.pdf> , editor. Barcelona: Anthropos. Promat, S. Coop. Ltda. ; 1989.
149. Beridain, R.. Las contradicciones culturales de la modernidad. 1st ed. Beridain , editor. Colombia: Antrophos; 2007.
150. Sampedro F. La Gestión del Conocimiento y el empowerment en un hospital de siglo XXI. REVISTA DE SALUD PÚBLICA. 2016 Junio; 18(3).
151. Villanueva. Gestión del conocimiento en un primer nivel de atención de salud. Revista Latina de Comunicación Social. 2002 enero; 1(6).

152. Arboleda Posadas G. Conceptualización de la gestión del conocimiento en instituciones de salud de mediana y alta complejidad. *Revista de salud Pública*. 2016 junio; 18(3).
153. Neves O. educación continua y calidad en la asistencia sanitaria: el aprendizaje significativo en el trabajo de enfermería. *Aquichan internet*. 2011 abril; 11 [\(1\)](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100005&lng=en)
154. Frenk y otros.. Profesionales de la salud para el nuevo siglo. *Educación médica*. 2015 marzo; 1(16).
155. Neves O. Educación continua y la calidad de la asistencia sanitaria. 1st ed. 11 , editor. Bogotá; 2011.
156. Mancia. Educación permanente en los contextos de enfermería en salud. *Revista Brasileira de Enfermería*. 2004 Octubre; 57(5).
157. Peixoto L. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus. *Electronica trimestral de enfermería*. 2013 enero;(29).
158. Ceccim R. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud colectiva*. 2006 agosto; 2(2).
159. Packer A. La construcción colectiva de la Biblioteca Virtual en Salud. *Comunicación salud y educación en línea*. 2005 Agosto; 9(17).
160. F. M. Funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector. *revista Panamericana de salud Pública*. 2000 agosto; 1(2).
161. Davini H. Educación Permanente de personal de salud Davini H, editor. Washintong DC: OPS; 1994.
162. Ledo V. APRENDER-DESAPRENDER Y REAPRENDER. *Educación médica superior*. 2015 febrero; 2(29).
163. Onrubia J. Aprender y enseñar en entornos virtuales. *Educación a distancia*. 2005 febrero;(2).
164. Davini C. Bases conceptuales y metodológicas para la educación permanente en salud. *Educación permanente en salud*. 1989;(38).
165. Borrel M. La formación de postgrado en Salud Pública. 1st ed. Grafica , editor. Buenos Aires : OPS; 2004.
166. Velez Benito A. Educación permanente en la salud. Reflexiones en la perspectiva de la Integralidad. *Cubana de enfermería*. 2010 diciembre; 26(4).
167. Merphy E. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del trabajo en salud. *salud colectiva*. 2012 abril; 8(1).
168. Gibbons M. Pertinencia de la educación superior en el siglo XXI. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior de la UNESCO. ASSOCIATION OF COMMONWEALTH UNIVERSITIES; 2006. Report No.: www.fceia.unr.edu.ar/Lectura%205.%20Pertinencia%20de%20la%20educacion%20n%2.
169. Organización Panamericana de la salud:. Campus virtual de salud Pública Enfoque Educativo Washintong DC: OPS; 2013.
170. Marulanda C. El modo 2 de investigación. *Heurística*. 2013 octubre; 13.
171. Rojas V. Investigación e información sobre Drogas en Argentina. Sistema Subregional de investigación e información. 2013; Biblioteca Nacional de Perú.
172. Cascardo Enzo VC. Tecno Adictos: los peligros de la vida online. 1st ed. Buenos Aires: B Argentina; 2017.
173. Forcada C. Salud Comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Barcelona: SESPAS, Salud comunitaria;

- 2010.
174. Otero Ribeiro E. Política Nacional y Educación Permanente en Salud. Textos básicos de salud. 2009.
 175. Landini. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. Catedra de salud pública. 2014 febrero; 30(2).
 176. De Souza Campos G. apoyo y referencia de matriz equipo: una metodología para la gestión del trabajo interdisciplinario de salud. salud pública. 2007 febrero; 23(2).
 177. Cofiño. Cooperar en un contexto de cambio sanitario entre salud pública y atención clínica. Revista de atención Primaria. 2012.
 178. Ayres. conceptos en salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública. 2002.
 179. Galvin A. Informes de investigación social. Editorial de proyectos. 2014.
 180. Schon D. La formación de profesionales reflexivos Buenos Aires: Paidós; 1992.
 181. Unasur/Isags: I. Fundamentos conceptuales y campo de la salud pública. técnico. Bahía : Instituto Suramericano de Salud; 2009.
 182. Zurro A. Atención Primaria de salud y atención familiar y comunitaria. In www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf , editor. Atención familiar y comunitaria. Madrid: Elsevier; 2011. p. 15.
 183. Juárez F. El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. International Journal of Psychological. 2011 noviembre; 4(1).
 184. Galeano D. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. salud colectiva. 2011 diciembre; 7(3).
 185. Laurell C. El estudio social del proceso salud enfermedad en América Latina. Cuadernos Médicos Sociales. 1986 setiembre; 37.
 186. Michalewics A. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. Anuario de investigaciones. 2014 junio; 21(1).
 187. Rovere M. Atención Primaria de la salud en debate. debate artículo. 2012 setiembre; 36(94).
 188. Busto Ad. Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. Humanidades Médicas. 2002 abril; 2(1).
 189. Hausburguer, M. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. salud colectiva. 2007 diciembre; 3(3).
 190. Ceitlin J. Medicina de familia: un modelo médico de pensamiento y acción. Medicina. 1999 noviembre ; 21(3).
 191. Sachi M. Percepción del proceso salud enfermedad atención y aspectos que influyen en la baja utilización de los sistemas de salud. salud colectiva. 2007.
 192. Katzman R. Infancia en América Latina: Privaciones habitacionales y desarrollo del capital Humano. Documento de Proyecto. Santiago de Chile: Comisión Económica de América Latina y el Caribe, Cepal/Unicef; 2011.
 193. Cespedes C. Niñas y Adolescentes en América Latina y el Caribe. UNICEF, Adolescentes; 2016.
 194. Hernández. Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones. Centro Universitario en Ciencias de la Salud. .
 195. Marmot Wy. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos irrefutables. 2006.

196. Pasarin M. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria. Revista Gaceta Sanitaria. 2010 noviembre; 24(Sup 1).
197. Diez E. Abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Congreso de la Sociedad Española de Medicina familiar y comunitaria. 2015 junio; (www.semfycc2015.com/readcontents.php?file=webstructure/0612_1200-1400)
198. Centro Iberoamericano de la seguridad social. Gestion en salud en defenza de la vida. Centro Interamericano de Seguridad Social. 2001.
199. Spinelli H. Dimensiones del campo de la salud en Argentina. salud colectiva. 2010 diciembre; 6(3).
200. Bloch C. Nuevos enfoques en la salud publica generados a partir ded la respuesta a la epidemia de HIV: vulnerabilidad. Actualizaciones en SIDA. 2010 stiembre; 18(69).
201. Peres S. La cartera de servicios en atencion primaria: una revision de la literatura. TEMAS DE HOY. 2001 MAYO; www.elsevier.es › Inicio › Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI.
202. Cofino. Promocion de salud bazada en activos: Como trabajar esta perspectiva en intervenciones locales Gac Sanit 2016;30 Supl 1:93-8 - Vol. 30 DOI: 10.1016 . disponible www.gacetasanitaria.org/es/promocion-salud-basada-activos-como/articulo/S021391111630125X/
203. Gofin G. Salud comunitaria Global 2012. disponible: <http://www.gacetasanitaria.org/es/content/articulo/S0213911113000721/>
204. Senge P. La quinta disciplina en la practica. 1st ed. R.Ross , editor. Buenos Aires: granica; 2006.
205. Castell Florit Serrate P. Enfoque sistémico Epidemiológico. Cubana de Higiene y Epidemiología. 2010 Abril; 48(1).
206. Gonzalez A. El proyecto de genoma Humano. Ciencias Medicas. 2000.
207. DE Souza Silva J. La dimension institucional del desarrollo sostenible. Servicio ingternacional para el desarrollo agricola. 2001.
208. Organización mundial de la salud. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud Savigny Dd, editor. Francia: OMS; 2009.
209. Elichiri. Importancia de la articulación interdisciplinaria, para el desarrollo de metodologías transdiciplinarias. Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa. 2009.
210. Organización Panamericana de la salud: Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud. , OMS; 2009.
211. Erazo A. Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. Panamericana de Salud Publica. 2015; 38(3).
212. Mattos R. Enseñar Salud: La integralidad y el SUS en los recursos de nivel de grado en salud. 1st ed. Dilon , editor. Buenos Aires: Teseo; 2009.
213. Sen A. “¿Por qué la equidad en salud?”. Revista Panamericana de salud publuca. 2002 Junio; 5(6).
214. Palomino Moral P. La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusion en la sociedad del siglo XXI. Internacional de sociologia(RIS). 2014 Junio; 72(1).
215. Marmot M. Los determianntes sociales de la salud. Hechos irrefultables. 1st ed. Wilkinson , editor. Bogota: OPS; 2003.
216. Espelt A. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Gaceta

- sanitaria. 2016 mayo; 30(1).
217. Junges R. Bioética de la atención básica de salud. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. 2012 www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/26253/1/articulo12.pdf
 218. Junges R. Salud, medio ambiente y enfermedades crónicas: aspectos bioéticos. Colectiva de la UNISINOS. 2013; capacidadeshumanas.org/.02_Salud-medio-ambiente-y-enfermedades-cro_nicas-asp.
 219. Organización Panamericana de la salud. Documento de orientación Regional de los determinantes sociales de la salud en la región. Orientación. Washington DC: Organización Panamericana de la salud, Área de desarrollo sostenible y salud ambiental; 2012.
 220. Guzman R. La medicina social ante el reporte de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud Organización Mundial de la salud. Medicina social. 2009 Junio; 4(2).
 221. Altisent R. Bioética y Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. 2006 agosto; 8(2).
 222. Caamaño E. Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes --. Ley 26061. Buenos Aires: Congreso Nacional, Comité Argentino de Seguimiento y Aplicación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño; 2005. Report No.: https://casacidn.org.ar/media/uploads/cyclope_old/adjuntos/0_LEY26061.pdf.
 223. Caamaño E. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Objetivos. Ley 25.673. Buenos Aires: Congreso Nacional, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2002. Report No.: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/texact.htm>.
 224. Balestrini A. Programa Nacional de salud integral. Ley 26.150. Buenos Aires : Congreso Nacional de la república Argentina , El Senado y Cámara de Diputados; 2006. Report No.: www.oei.es/historico/quipu/argentina/Ley_educ_sexual.pdf
 225. Cobos J. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Ley 26485. Buenos Aires : Congreso Nacional Argentino , El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina ; 2009. Report No.: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>.
 226. Cobos J. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Ley 26529. Buenos Aires : Congreso de la Nación Argentina, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2009. Report No.: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>.
 227. Pampuro J. PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION Y PREVENCIÓN SOBRE LAS ADICCIONES Y EL. Ley 26586. Buenos Aires : Congreso de la Nación Argentina, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2009. Report No.: <http://www3.educacion.rionegro.gov.ar/contenidosmultimedia/wp-content/uploads/2013/05/Ley-26586-Prog-Nac-de-Ed-y-Prev-adicciones.pdf>.
 228. Balestrini A. derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía" en los servicios del sistema de salud. Requisitos. Excepción. Consentimiento informado. Cobertura. Objeción. Ley 26130. Buenos Aires :

- Congreso de la Nación Argentina, El Senado y Cámara de Diputados; 2006. Report No.: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>.
229. Caamaño E. obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Mé. Ley 25929. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2004. Report No.: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>.
230. Pampuro J. MATRIMONIO CIVIL LEY 26618 MODIFICACIONES AL CODIGO CIVIL. Ley 26618. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2010. Report No.: <http://www.suteba.org.ar/download/ley-nacional-n-26618-matrimonio-civil-modificaciones-codigo-civil-24822.pdf>.
231. Cobos J. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914. Ley 26657. Buenos Aires: Congreso Nacional Argentino, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2010. Report No.: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
232. Boudou A. Establécese el derecho a la identidad de género de las personas. Ley 26743. Buenos Aires : Congreso de la Nación Argentina, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2012. Report No.: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>.
233. Boudou A. Ley Nacional de Prevención del Suicidio. Ley 27130. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2015. Report No.: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm>.
234. Boudou A. CODIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACION. Ley 26994. Buenos Aires : Congreso Nacional Argentino, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2014. Report No.: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>.
235. Fellner E. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. Ley 26378. Buenos Aires : Congreso Nacional Argentino, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2008. Report No.: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>.
236. Dominguez J. PLAN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMATICOS. Ley 26934. Buenos Aires: Congreso Nacional Argentino, El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2014. Report No.: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>.
237. Jozami E. SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE. Ley 418. Ciudad Autonoma de Buenos Aires : Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires , Legislatura de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires ; 2000. Report No.:

- <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley418.html>.
238. Santilli D. Salud Constitucion de la Ciudad Auitonoma de Buenos Aires. <http://www.cedom.gov.ar/publicaciones/SALUD.pdf> ed. Aires LPCAdB, editor. Buenos Aires: Centro Documental de Informacion y Archivo Legislativo; 2016.
239. Olivera E. protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Ley 114. Buenos Aires : Gobierno de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires , Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 1998. Report No.: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley114.html>.
240. Ritondo C. Indicadores de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, cuya finalidad es proveer información integral, relevante, mensurable, confiable y oportuna sobre la situación de la niñez y adolescencia en la Ciudad de Buenos Aires. Ley 5463. Buenos Aires : Gobierno de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires , Legislatura de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires.; 2015. Report No.: <http://www2.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley5463.html>.
241. Santilli D. condiciones de habilitación y funcionamiento de los establecimientos u organismos de atención para el cuidado de niñas, niños y adolescentes. Ley 2881. Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires, La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2008. Report No.: <http://www2.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley2881.html>.
242. Estrada D. Consumo abusivo de alcohol. Ley 1723. Ciudad Autonoma de Buenos Aires : Gobierno de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires , Legislatura de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires ; 2005. Report No.: www.buenosaires.gob.ar/.normapop09.php?.
243. Estrada D. Prevencion y Asistencia de consumo de sustancias psicoactivas y riesgo adictivo. Ley 2318. Ciudad Autonoma de Buenos Aires : Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires , Legislatura de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires; 2007. Report No.: www.buenosaires.gob.ar/.normapop09.php?.
244. Jozami E. Salud Reproductiva y Procreacion responsable. Ley 418. Autonoma de Buenos Aires : Gobierno de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires , Legislatura de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires ; 2000. Report No.: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley418.html>.
245. Navarrete S. Lineamientos sobre derechos y acceso de los adolescentes al sistema de salud. 1st ed. Argentina M, editor. Buenos Aires : UNPFA; 2015.
246. Soubies E. Paradigma de proteccion integral de los derechos. 1st ed. Puente Adl, editor. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Republica Argentina; 2015.
247. Shuster G. Todo bien? Adolescencias y Servicios de salud sexual y reproductiva. 1st ed. desarrollo Idgdy, editor. Rosario: www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_todobien.pdf; 2010.
248. Bauer F. Informe anual de actividades 2014 UNICEF www.unicef.org/argentina/spanish/pfp_InfAnual2014.pdf , editor. Buenos Aires: UNICEF; 2014.
249. Ministerio de salud de la Nacion Argentina : Aires MdSCAdB. Plan de Salud 2016 2019 Buenos Aires : GCBA; 2015.
250. Nicolini C. Politicas de salud. Interdisciplinaria de educacion para la salud. 1999 setiembre; 1(1).
251. Casas L. aproximaciones a la reorganizacion del sistema de salud. salud y poblacion. 2002 diciembre; 3(1).
252. Legislatura de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires : . La legislatura en las Comunas y en los Barrios: marco constitucional y legislacion relacionada. Informacion de comunas. Buenos Aires: Legislatura Porteña, Comisión de Descentralización y Participación Ciudadana; 2011. Report No.:

- www.legislatura.gov.ar/assets/documentos/comunas/leydecomunas.pdf?iframe
253. Bezerra E. Caps y trabajo en Red: la construccion de soporte matriz en atencion primaria. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2008 julio; 28(3).
 254. Lemus J. *Salud Publica Sisitemas y servicios de salud*. 1st ed. Buenos Aires: CIDES ARGENTINA; 2009.
 255. Pastrana H. LA METODOLOGÍA DE LOS PROCESOS CORRECTORES COMUNITARIOS. *Revista Clinica electronica en Atencion Primaria*. 2008; www.procc.org/.AP9.La_Metodologia_ProCC_Resumen_y_puntos_clave.Aguilo.2.
 256. Unicef. *La adolescencia : una epoca de oportunidades*. 1st ed. Perellón EdeC, editor. Nueva York EEUU: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2011.
 257. Programa Nacion de los Adolescentes: Minisgterio de salud Argentina. *Situacion de salud de los adolescentes en la Argentina adolescencia sm*, editor. Buenos Aires: MSAL; 2015.
 258. Belloff M. *Proteccion integral de los derechos de los niños niñas y adolescentes*. *Justicia y Derechos del niño*. 2000 marzo; [https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_PEJusticiayderechos1.pdf\(1\)](https://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_PEJusticiayderechos1.pdf(1)).
 259. Palomino G. *Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención*. Documento Tecnico. Lima: Ministerio de salud Peru, Direccion de atencion integral del adolescente; 2007. Report No.: 1.
 260. Duro E. *Adolescencias y politicas publicas: de la invisibilidad a la necesaria centralidad*. *Aportes para el debate*. Buenos Aires: Unicef, Salud y Educacion ; 2005.
 261. Garcia R. *Interdisciplinariedad y sistemas complejos*. *Latinoamericana de metodologia en ciencias sociales*. 2011 marzo; 1(1).
 262. Ministerio de salud de la Nacion Argentina:. *Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina*. Buenos Aires : Ministerio de salud Argentina, Sisitema de Vigilancia Epidemiologica en salud mental y Adicciones ; 2011.
 263. Ministerio de salud de la Nacion Argentina : Nacion Mdsdl. *Encuesta Nacional sobre salud sexual y reproductiva*. www.msal.gov.ar/.0000000729cnt-Encuesta Nacional Buenos Aires : Ministerio de salud de la Nacion , Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable Ministerio de Salud; 2013.
 264. Ministerio de salud de la Nacion Argentina: *Encuesta Mundial de tabaquismo en adolescentes y juvenes*. www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/.2014-03_informe-gyts-jovenes.pdf. Buenos Aires: Minisgterio de salud de la Nacion , Direccion de Promocion de salud y control de enfermedades no transmisibles; 2012.
 265. Ministerio de salud de la Nacion Argentina. *Encuesta Nacional de Salud Escolar*. encuesta Nacional. Buenos Aires : Ministerio de salud de la Nacion, Programa de salud integral de adolescentes ; 2012.
 266. Stolkiner. *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. el campo psi.
 267. Spenser M. *Estudio de barreras de acceso a los servicios de salud para la prevencion de embarazo adolescente*. *Investigacion*. chile: Ministerio de salud , Programa nacional de salud integral del adolescnete ; 2010.
 268. Ministerio de salud del Gobierno de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires : *Programa de salud integral de adolescentes y juvenes Res 1751/08*. *Resolucion Programa*. Buenos Aires : Ministerio de salud de la Ciudad

- Autonoma de Buenos Aires , Direccion de programas Centrales ; 2008.
269. Organización Panamericana de la salud, modelo de atencion integral de salud. documento de posicion para el trabajo inygrativo de la organizacion. Washington DC: OPS, Equipo transorganizacional; 2012. Report No.: www.paho.org/cot-modelo-atencion/wp-content/uploads/./Hacia_un_modelo.pdf.
270. Direccion Nacional de Estadistica y Censos.Ministerio de salud del Gobierno de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires Prestaciones realizadas en los centrsos de salud comunitaria. Buenos Aires : Gobierno de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires , Atencion Primaria; 2015.
271. Direccion de Estadistica y Sensos:Sistema estadistico de Centros de salud de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires: . Distribucion poblacion de niñas niños y adolescentes en la Argentina Buenos Aires : DEIS; 2015.
272. Cueva G. Violencia y Adicciones : Problemas de salud Publica. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012 marzo; 29(1).
273. Olarte C. soluciones de humanizacion en salud en la practica diaria. Enferm. univ [revista en la Internet. 2012 marzo; 9(1).
274. Kauffman R. Infome de consumo abusivo de drogas y alcohol, naltrato y abuso en adolescentes. Analisis de la produccion de diagnosticos y motivos de consulta de los y las adolecentes en los Sesac. Buenos Aires : Ministerio de Salud GCBA, Programa de salud integtal de adolescentes de la CABA; 2015.
275. Barreda V. Planificacion Estrategica en los Centros de salud y accion comunitaria referentes a la atencion de los y las adolescentes. Informe tecnico. Buenos Aires : Ministerio de salud de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires, Programa de salud integral de adolescentes y jovenes ; 2015.
276. Lauria A. Análisis de Diagnostico/Motivo de consulta (D/M) notificados por problemas vinculados al uso y abuso de drogas, de sustancias psicoactivas y consumo de alcohol(Drogas y alcohol) de la población adolescente en Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Informe tecnico de investigacion. Buenos Aires : Ministertio de salud GCBA, Programa de salud integral de los adolescentes y jovenes (Res.1751 GCBA); 2014.
277. Tabueña Lafalda C. malos tratos en la vejes : abordaje psicosocial. Psychosocial Intervention [Internet].. 2006 agosto; 15(3).
278. Conde L. practicas dirigidas a la restitution de derechos de los adolescentes. anuario de investigaciones. 2007 enero; 14.
279. Carbone Campoverde F. Aportes para el modelo de atencion integral de salud en el primer nivel de atencion. Investigacion tecnica. Lima : Salud Sin Límites Perú, Medicus Mundi Navarra; 2012.
280. Tapia M. temporalidad y territorialidad en el analisis de la configuracion de las instituciones publicas de salud. Debate publico. 2014 agosto; 4(8).
281. Bello A. Abordaje interdisciplinario en la produccion del cuidado en salud. congreso argentino de medicina general. 2011 octubre; pre jornadas de medicina general.
282. De Souza Campos G. equipos de referencia y soporte especializado matriz: un ensayo sobre la reorganización del trabajo de salu. Ciencias de la salud. 1999; 4(2).
283. Campos Ds. Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: Ensayo sobre la reorganizacion del trabajo en salud. Ensayo. Barão Geraldo, Campinas: UNICAMP. Campus Universitario , Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas; 1998. Report No.: www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/./SIC-

- Equipos%20matriciales%20de%20referenci.
284. Wetzel C. APOYO MATRICIAL Apoyo matricial, como mecanismo de cuidado en la salud mental en la estrategia de familia. Revista de enfermería on line. 2014 junio; 8(6).
 285. Riviere p. Vectores de la dialectica grupal. Psicología social. 2007 www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias_enrique.pdf.
 286. Pires E. contribucion a nuevos metodos de organizacion del trabajo en salud. Enfermería Global. 2010 octubre;(20).
 287. Mattos E. contribucion de la practica interdisciplinaria en nuevas formas de trabajo en salud. centro de ciencias de la salud. 2006 <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/88378/237600.pdf?sequence=1>.
 288. Ferrada D. El modelo dialogico de la pedagogia : Un aporte a las comunidades de aprendizaje. estudios pedagogicos. 2008; 31(1).
 289. Najmanovich D. Interdisciplina. pensamiento complejo. ;(www.pensamientocomplejo.com.ar/docs/./Interdisciplina%20-%20Najmanovich.pdf).
 290. Allegro F. PROPUESTA PARA LA FORMACIÓN DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN. Asociacion medicos municipales. 2007 octubre; 12(56).
 291. Salerno N. "El trabajo interdisciplinario en Instituciones de. proyecto de investigacion. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del plata, Proyecto de Investigación – Requisito Curricular ; 2011. Report No.: rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/118/014.pdf?sequence=1.
 292. Schejter V. Imaginarizar el trabajo interdisciplinario en salud. Anuario de Investigacion UBA. 2006 diciembre; 13(www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851.).
 293. Follari. La interdisciplina revisitada. Investigacion social Mexico. 2005 junio; 1(2).
 294. Cunill Grau N. La intersectorialidad en las nuevas politicas sociales. Gestion y Politica Publica. 2014 mayo; 23.
 295. Castell Florit Serrate P. la intersectorialidad y la salud en Cuba. Salud Publica. 2009 marzo; 35(1).
 296. Mami UU. Coordinación Intersectorial. Coordinacion intersectorial entre politicas y programas. 2004 octubre;(1).
 297. Cunill Grau. Coordinacion intersectorial prointegralidad en las instituciones sociales. Comision economica para America Latina y el Caribe CEPAL. .
 298. Cofiño R. Intersectorialidad y promocion de salud en el ambito local. servicio de evaluacion de salud y programas. 2010 Direccion General de salud Publica ; Evaluacion de redes y Programas(Consejeria de salidad).
 299. Valenzuela M. Hacia la construcción de un modelo de gestión integral intersectorial para la promocion y garantia de los derechos sexuales y reproductivos en ambitos locales. Fondo de las Naciones Unidas. 2011 enero; web.minsal.cl/sites/default/files/La_construccion_intersectorialidad_salud.pdf.
 300. Organización Panamericana de la salud :Intersectorialidad y equidad en America Latina una aproximacion analitica. Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE). 2015; Biblioteca sede de la OPS.
 301. Queen D. Estructuras acciones y experiencias de intersectorialidad. Gobernanza intersectorial para la salud en todas las politicas. 2015 junio; 1(1).
 302. Grau C. Coordinacion intersectorial pro integralidad de las instituciones de

- proteccion social. comision economica para america latina y el caribe. Instrumentos de proteccion social; capacitasa.org/biblioteca/wp-content/uploads/./Cunill-Grau-Repetto-Bronzo.pdf.
303. Robbins S. Comportamiento organizacional. 13th ed. México: pearson; 2009.
304. Lacouture G. El legado de Kurt Lewin. Revista latinoamericana de psicología. 1996 julio; 28(1).
305. Pinto Cid F. Grupos, mecanismos de defenza. Investigacion para la indagacion de marcos teoricos referentes a los procesos grupales. santiago de chile: Universidad de chile facultad de ciencias sociales , Psicología; 2010. Report No.: repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-pinto_f/pdfAmont/cs-pinto_f.pdf.
306. Lewin K. Dinamica de la personalidad <https://books.google.com.ar/books?isbn=8471121360> , editor. madrid: morata; 1973.
307. Riviere p. El proceso grupal ; www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias_enrique.pdf.
308. Silberman M. La enseñanza de la medicina en debate; practicas formativas de la realidad social. trayectorias universitarias. 2015 julio; 1(1).
309. San Emeterio C. Aproximacion a una propuesta de conceptualizacion del fenomeno organizacional. Instituto de Administración de Empresas de la Facultad de Ciencias. 2007 julio; www.econ.uba.ar/www/institutos/epistemologia/./San%20Emeterio_Trabajo.pdf.
310. Franco T: El reconocimiento de la produccion subjetiva del cuidado. salud colectiva. 2003 marzo. Disponible: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/251>
311. Merhy E. Cartografia del trabajo en vivo colectiva cs, editor. Buenos Aires : editorial; 2006.
312. Merphy E. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. Salud colectiva. 2012 abril; 8(1).
313. Rolnik S. cartografia sentimental. ciencia y salud colectiva. 2006 julio.
314. Franco T. redes de micropolítica del trabajo en salud. redes en la micropolítica del trabajo en salud. 2006.
315. Camargo Macruz Feuerwerker L. Micropolítica e saúde: produção. 1st ed. Unida AB, editor. porto alegre Brasil: Rede Unida; 2014.
316. Testa M. pensar en salud Buenos Aires ; 1996.
317. Parraga E. comunicacion y conflicto. Fundacion miguel Unamuno. 2008 abril; 4(10).
318. M A. Conflictos y formas alternativas de resolucion. Universidad mayor de colombia. 2003 diciembre;(1).
319. Giaccaglia M. sujeto y modos de subjetivacion. Ciencias sociales. 2009 mayo;(38).
320. Peduzzi M. El equipo de trabajo bajo la perspectiva de la gestion de servicios sanitarios: instrumentos para la construccion de la practica interprofesional. de salud publica. 2011 febrero; 21(2).
321. Guattari F. cartografia del deseo. 1st ed. voces , editor. madrid: creative common; 2005.
322. Merhy E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Editora Hucitec. 1997 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-

- 82652012000100003.
323. Carvalho S. Salud Colectiva. 2008; 4(3).
 324. Merhy E. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. salud colectiva. 2006 agosto; 2(2).
 325. Repko. Integracion e interdisciplina. cuestiones en estudios integrales. 2007; 25(1).
 326. Quinta. Estrategias para la formacion interdisciplinar. ESTRATEGIAS DOCENTES PARA LA FORMACIÓN INTERDISCIPLINAR EN EDUCACIÓN SUPERIOR. 2014.
 327. Sampieri H. Metodologia de la Investigacion Mexico: MC GRAW HILL; 2004.
 328. Jimenez I. la entrevista en la investigacion cualitativa: nuevas tendencias y Retos. Calidad en la educacion superior. 2011 marzo; 3(1).
 329. Diaz Noguera M. El diario de investigacion: un instrumento de seguimiento para la formacion de investigadores y asesores. Enseñanza Universitaria. 2002 diciembre;(20).
 330. Zaragoza M. Un lugar de encuentro interprofesional socioeducativo. In www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/173662/372036 , editor. La pedagogia comunitaria. Valencia: Nau LLibres; 2011. p. 143-145.
 331. Organización Panamericana de la salud. Analisis de situacion. In salud OPdl. Estrategia y Plan de accion regional sobre los adolescentes y los jovenes 2010-2018. Washington DC: OPS; 2010. p. 53.
 332. consumo mdsy. Estrategias para la mejora de la Atención primaria: Analisis de situacion de la atencion Primaria. Marco estrategico para la mejora de la Atencion Primaria en España. 2007.
 333. Koerich S. La emergencia de la integralidad y la interdisciplina en el sistema de cuidados de salud. Gepades. 2009.
 334. Gaete. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista chilena de Pediatria. 2015.
 335. Gaete. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista Chilena de Pediatria. 2015.
 336. Constandriopoulos,A: Red sobre los determinantes sociales de la salud: Perspectivas sociales comunitarias Disponible www.youtube.com/watch?v=vYqsgEso_dU
 337. Turabian J. Atención médica individual con orientación comunitaria : atencion contextualizada la figura es el fondo. revista Clinica electronica en Atencion Primaria. 2003.
 338. Organización Panamericana de la salud: Declaracion de Alma Ata. In Conferencia internacional sobre Atencion Primaria de la salud; 1978; Alma Ata.
 339. Organización Panamericana de la salud: salud OPdl.
 340. Perez S. Gestión y desarrollo organizacional en Salud Pública. Educ Med. 2011.
 341. Mesquida G. La importancia de los CESAC en la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires : Htal Durand; 2014.
 342. Arito S. Panorama dinamico de un organismo Institucional. cuadernillo catedra. Entre Rios: Facultad Nacional, Analisis institucional y organizacional; 2010.
 343. Ulloa. Psicologia de las Instituciones. 196926010005th ed.; 1983.
 344. P cfs. Comprension conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Cubana de Salud publica. 2008 octubre; 35(1).
 345. Organización Panamericana de la salud: . Un enfoque de la salud que abarca

- la totalidad del ciclo vital. ; 2000.
346. C. D. Capacitación del Personal de los Servicios de Salud. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Observatorio de recursos humanos en salud OPS. 2002;(3).
 347. Carbo A. La formación reflexiva como competencia profesional Condiciones psicosociales para una práctica reflexiva el diario de campo como herramienta. de Enseñanza Universitaria. 2007.
 348. Da Silva B. Educación permanente: Instrumento de trabajo del enfermero. Cuidados en salud. 2008 junio; 7(2).
 349. Antequera Vinagre SESPAS SEdSPyAS. Posicionamiento SESPAS 2016. 2016 marzo.
 350. Benavides F. Competencias profesionales en Salud Pública. Gaceta Sanitaria. 2006.
 351. Unicef: I. Informe Regional de Población en América Latina y el Caribe. de Población. Santiago de Chile: Cepal Unicef., Comisión Económica de América Latina y el Caribe; 2011.
 352. Pauttassi. Políticas Sociales para América Latina Enfoque de derecho y de género. Administración Pública y Sociedad. 2016 diciembre;(2).
 353. Granda. A que llamamos salud colectiva hoy ? Cubana de salud Pública. 2004.
 354. Simon P. Aspectos básicos de la gestión de calidad en el ámbito sanitario. Gaceta Sanitaria. 2002
<https://www.msssi.gob.es/.sns/.Cap2AspeBasicGestCalidadAmbitoSanitario.pdf>.
 355. Perez P. Manual de prácticas clínicas para la atención integral de la salud en la adolescencia. 2nd ed. Trujillo , editor. La Habana: MINSAP; 2002.
 356. Hernandez Quevedo C. La salud pública y las políticas de salud. Del conocimiento a la práctica. Andalucía: SESPAS; 2016. Report No.: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/.informe-sespas-2016-la-salud-publica-y-las>.
 357. Gazabin Ballarín ML. Matriz de apoyo. Un estudio sobre la perspectiva social de los profesionales de salud mental. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300014> botucatu. 2012 setiembre; 16(42).
 358. Bleger J. Psicohigiene y psicología institucional. 9th ed. MPS , editor. Buenos Aires: Paidós; 1999.
 359. Freud S. Totem y Tabú obras completas www.bibliopsi.org/docs/freud/13%20-%20Tomo%20XIII.pdf , editor. Buenos Aires : Amorrortu; 1991.
 360. Freud S. S Freud obras completas www.bibliopsi.org/docs/freud/18%20-%20Tomo%20XVIII.pdf , editor. Buenos Aires : Amorrortu; 1999.
 361. Quiroga A. El proceso grupal y sus organizadores; fido.palermo.edu/servicios_dyc/blog/docentes/trabajos/8079_20242.pdf.
 362. Reza Trosino J. Equipos de trabajo efectivos y altamente productivos. 1st ed. México: Panorama; 2005.
 363. Fainstein H. El trabajo en equipo en las organizaciones. In Hector F. La gestión de equipos eficaces. Buenos Aires : Macchi; 2001.
 364. Blase J. Las micropolíticas del cambio educativo. formación del profesorado. 2002 agosto; 6(1).
 365. Velázquez M. como entender el territorio Muñoz BR, editor. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2012.

366. Etkin J. Identidad de las organizaciones. 5th ed. Daversa , editor. barcelona: paidos; 1989.
367. Terris M. Escenarios epistemicos en la formacion del espiritu cientifico en salud: una antologia. Revista de Salud Publica. 2006 enero-junio; 1(1).