

Guía de recomendaciones para la
**Atención integral
de adolescentes**
en espacios de salud amigables
y de calidad

Autoridades

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Diosque

Subsecretario de Salud Comunitaria

Dr. Guillermo Pedro González Prieto

Directora de Medicina Comunitaria

Silvia Baez Rocha

Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia

Dr. Fernando Zingman

Guía de recomendaciones para la

Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad

Autores

Los lineamientos generales de este documento fueron elaborados por un grupo de expertos convocados por el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PN-SIA) del Ministerio de Salud de la Nación y el Comité de Estudios Permanentes de Adolescencia (CEPA*) de la Sociedad Argentina de Pediatría en los meses de Noviembre y Diciembre de 2010 en el marco del Proyecto para el desarrollo de Servicios Amigables para la Atención de Adolescentes, Convenio firmado por el Ministerio de Salud de la Nación, la Sociedad Argentina de Pediatría y Unicef Argentina

Coordinadores del proyecto: Dra. Patricia Goddard ; Dr. Enrique Berner (SAP)

Expertos Redactores: A.M.A.D.A, Lourdes Bascary, Fernanda Bellusci, Nilda Calandra, Fernanda Cohen, Juan Carlos Escobar, Andrea Julieta Franck, Alejandra Giurgiovich, Patricia Goddard, Gabriela Mayanski, Laura Milgram, Valeria Mulli, Nina Zamberlin, Carolina Szames.

El documento final fue compilado por la Dra. Patricia Goddard (SAP), la Dra. Andrea Franck (MSAL), el Dr. Fernando Zingman (MSAL) y el Dr Juan Carlos Escobar (MSAL).

Expertos Revisores: Enrique Berner, Viviana Medina, Graciela Morales.

Colaboradores: Gonzalo Agüero, Mirta Garategaray, María del Carmen Hiebra, Teresa D'Orsi, Fernanda Rava, Paula Real, Eduardo Rubinstein, Silvana Spatafora.

Corrección de Estilo

Susana Drimer

Fotografía

Agostina Chiodi. Bien al Sur Fotografía.

Las imágenes pertenecen a los encuentros de Adolescentes y Salud "Nada sobre nosotr@s sin nosotr@s" realizados durante 2011 en Jujuy y Santiago del Estero, Argentina.

Diseño Integral

DCV Anahí Maroñas

***CEPA**

Secretaria: Patricia Goddard

Pro Secretaria: Graciela Morales

Vocales: Viviana Medina, Mirta Garategaray, Valeria Mulli, Silvana Spatafora, Teresa D'Orsi, Enrique Berner.

Índice

Introducción	7
Fundamentos para la atención integral de adolescentes.	9
Espacios para la atención de adolescentes: amigables y de calidad.....	12
Los derechos en juego en la consulta con adolescentes.....	22

Derechos legales de publicación ISBN

Introducción

El mundo enfrenta hoy la generación más numerosa de adolescentes registrada en la historia, más de 1.200 millones, cuyas necesidades de atención no pueden ser postergadas.¹

También en Argentina, la cantidad de adolescentes es la más nutrida que el país haya tenido hasta el presente y será mayor en el futuro inmediato. Actualmente, representan el 16,9% de la población total. La franja entre 10 y 19 años, constituye un importante recurso para el desarrollo.

La baja mortalidad de este grupo etéreo, motivó su postergación en las políticas públicas y en la agenda del sector salud. Los hábitos nocivos adquiridos durante estos años, y las conductas de riesgo, determinarán manifestaciones de morbi-mortalidad futura. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia², durante la cual las acciones en salud tienen posibilidad de generar cambios sostenidos en el tiempo.

El hábito de fumar, el abuso de alcohol (con la inclusión de sus efectos sobre los accidentes de tránsito), los embarazos no esperados de adolescentes, el VIH, el sobrepeso, la obesidad y el aumento de las complicaciones asociadas a la malnutrición, plantean desafíos para las políticas sobre juventud.³

Los siguientes datos ilustran algunos de los problemas sanitarios planteados: de cada 100 egresos hospitalarios por partos en menores de 20 años, 17 corresponden a abortos. Del total de las interrupciones de embarazos del país, el 16,3% corresponden a menores de 20 años⁴. En relación al consumo de alcohol encuestas realizadas por SEDRONAR muestran una prevalencia mensual de consumo del último mes de 59,8%. De este porcentaje, el 52,8% declaró haber consumido aunque sea una sola vez 5 tragos o más en una misma ocasión (denominado consumo de riesgo), durante los 15 días previos a la encuesta.⁵

1- "El Estado de la población mundial 2003. Valorizar a 1.000 millones de adolescentes: inversiones en su salud y sus derechos". UNFPA 2003. www.unfpa.org.pe/publicaciones-publicaciones_Peru-EPM2003.pdf

2- MADDALENO, M; MORELLO, P; INFANTE-ESPINOLA, F: "Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y el Caribe": Desafíos para la próxima década". *Salud Pública Mex* 2003; 45 supl 1:S132-S139.

3- Banco Mundial. "Los jóvenes de hoy: un recurso latente para el desarrollo" 2008.

4- "Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico". Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección de Estadísticas e información de salud, 2007.

5- SEDRONAR, Observatorio Argentino de drogas. "Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel medio", 2007.

El grupo adolescencia, no percibe los recursos de salud como accesibles, por barreras al acceso a los servicios existentes, entre otras cosas, determinadas tanto por el sistema como por construcciones culturales propias de este grupo.⁶

Entre dichas barreras es importante considerar:

- **Sus propias características:** desinformación sobre su estado de salud o enfermedad, omnipotencia, temor a ser visto por algún conocido, sobre todo al consultar sobre salud sexual y reproductiva (SS. y R.)
- **Factores económicos:** falta de dinero para transporte, compra de medicamentos.
- Desconocimiento acerca de la existencia de espacios para la atención integral de adolescentes y de la oferta que brindan.
- Horarios no apropiados y/o insuficientes.
- Capacitación inadecuada de los profesionales.
- Desconocimiento de los derechos de los adolescentes, falta de garantía para el ejercicio del secreto profesional y el respeto a la confidencialidad.
- Ámbitos no diferenciados para adolescentes.

Al ser encuestados varones de nueve países, expresaron su voluntad de tener servicios de calidad, con espacios dedicados específicamente para ellos, que les garanticen confidencialidad, privacidad y que no sean condescendientes⁷.

En Argentina, son pocos los lugares donde se han podido desarrollar servicios o centros con estándares de calidad en atención integral, así como las competencias y habilidades profesionales necesarias.

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación, el Comité de Estudios Permanentes de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría y Unicef Argentina adoptan y promueven el modelo de Atención Integral e Interdisciplinaria basada en derechos y con enfoque de riesgo, como herramienta para garantizar el derecho a la salud integral de los/ las adolescentes. Se adopta como estrategia, la promoción del modelo de Servicio Amigable y de Calidad para los/las Adolescentes.

La presente Guía fue desarrollada en el marco de un convenio de colaboración entre estas Instituciones. Su objeto es colaborar en mejorar el acceso de esta población a servicios de salud de calidad. Brinda herramientas para la

6- CEJAS, OLAVIAGA y STECHINA: “¿Qué piensan los jóvenes sobre la salud, las instituciones y sus derechos?” *Políticas Públicas/ Análisis N° 59, CIPPEC, 2008*

Disponible en: http://cippec.net/nuevo/files/bv_410.pdf

7- BLOOM, D; WILLIAMSON, J: “Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia”. Cambridge (MA): Harvard Institute for International Development, Universidad de Harvard, 1998

instalación de nuevos espacios de atención así como para la adecuación de los puntos de contacto que ya tienen en el sistema sanitario.

Finalmente, es nuestro deseo que los/las adolescentes encuentren cada vez menos rechazos y obstáculos para acceder a los recursos sanitarios que proveen los Estados Nacional y Provinciales.

Fundamentos para la atención integral de adolescentes

Marco legal

En 1994, Argentina incluye en su Constitución tratados internacionales previamente ratificados. Este es el caso de la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante, CDN) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

El Estado Nacional sanciona leyes vinculadas que enmarcan el enfoque de atención integral de la salud. En 2006, se sanciona la **Ley Nacional Nº 26.061** de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Esta norma rige en todo el territorio nacional e impone la obligación de respetar su condición de sujeto de derecho, y tener en cuenta su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales (art. 3 incisos a y d). En su Art. 14 garantiza el derecho a su salud integral, indicando en el decreto reglamentario que: *“El derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la Ley Nº 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.”* (art. 14 Decreto Reglamentario Nº 415/06).

Marco de atención de la salud

Un Espacio de Salud para adolescentes debe tener un **enfoque integral**, para la vigilancia de su crecimiento y desarrollo. Esto se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención en los factores biológicos y psicosociales: el estilo de vida, el ambiente físico y cultural, la familia, la interacción con sus pares, entre otros. El **propósito de este enfoque** es la **preservación de la salud**, estimulando la **detección de riesgos y la visualización de factores protectores**, poniendo en marcha, actividades anticipatorias (Moreno, E. 1995).

Hoy, se agrega el propósito de **promover el desarrollo** de las personas.

De las características multidimensionales de la consulta, se desprende la necesidad de asegurar **el trabajo interdisciplinario e intersectorial**, conformando equipos con diversas profesiones.

A nivel de la red de servicios es preciso desarrollar un **sistema jerarquizado** que asegure el acceso a los diferentes niveles de complejidad.

Se debe promover una activa **participación social** en todo el proceso de gestión. Los jóvenes, las familias, y las instituciones deben intervenir en la identificación de los problemas, en el diseño y puesta en práctica de las propuestas de solución.

Este tipo de **cogestión** debe darse como respuesta al interés y compromiso que asuman los/ las adolescentes como individuos o en grupo, las familias y las instituciones o sectores sociales (escuelas, colegios, clubes, etc.) en el desarrollo de las actividades.

Conceptos fundamentales a tener en cuenta

- **Salud integral:** Comprende el bienestar físico, mental y social de los jóvenes simultáneamente con su desarrollo educativo y la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde a su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad (OMS).
- **Atención Interdisciplinaria:** “Interacción de profesionales de distintas áreas de la Salud que, con un objetivo común y compromiso personal, enfocan desde diferentes ópticas un problema complejo”¹.
- **Intersectorialidad:** Articulación de varios sectores, de una planificación estratégica e instrumentos compartidos con educación, trabajo, justicia, deportes, etc., para lograr la atención integral.
- **Enfoque de riesgo:** Estrategias utilizadas para determinar las necesidades en los grupos de población, las prioridades de salud y las acciones que promuevan los efectos de factores protectores y disminuyan los de riesgo.

Aparecen nuevos conceptos como:

- **Vulnerabilidad:** posibilidad que se produzca un riesgo o daño
- **Factor de riesgo:** cualquier circunstancia de naturaleza biológica, psicológica o social detectable en un individuo, familia, o comunidad que “señala” una mayor probabilidad de sufrir un daño.

1- KORIN, D. El por qué de la interdisciplina en los equipos de salud. Educación a Distancia en Salud del Adolescente. Buenos Aires: EDISA, 1997, 7: 79-97

- ▶ **Factores protectores:** características de un individuo, familia, o comunidad que favorecen el desarrollo humano, mantener la salud o recuperarla contrarrestando sus posibles efectos
- ▶ **Comportamientos de riesgo:** alteraciones de la conducta o actuaciones repetidas que pueden comprometer el desarrollo bio-psico-social de los individuos.
- **Oportunidad perdida:** "Toda circunstancia en que una persona tiene contacto o acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integrales de salud que le corresponden de acuerdo a las normas vigentes, según grupo etáreo, género y/o condiciones de riesgo". (OMS).



Espacios para la atención de adolescentes: amigables y de calidad

Objetivos del capítulo

El presente capítulo tiene por objeto describir estos espacios de atención, sus principios, modalidades y componentes. Se proponen herramientas que faciliten su puesta en marcha.

Definición

Servicio: Aquel espacio de atención reconocido y adecuado a las características físicas de la institución seleccionada, con reconocimiento en la estructura del ámbito donde se desarrolle la actividad.



Servicios amigables para adolescentes (Ops/Unfpa):

servicios donde los/las adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los adolescentes y a sus familias por el vínculo que se establece entre los usuarios y el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones.



Características indispensables¹ de un espacio amigable para la atención de adolescentes

Equitativo: El espacio ofrece a cada adolescente una oportunidad justa de atención para promover su potencial bio-psico-social

1-Quality assesment guidebook: a guide to assessing health services for adolescent clients. World Health Organization, 2009. www.who.int/publications/2009/9789241598859_eng.pdf

Accesible: Está pensado y organizado para que los/las adolescentes puedan obtener los servicios ofrecidos.

Aceptable: Están dotados de manera que satisfagan las expectativas de los usuarios.

Apropiado: Los servicios ofrecidos son aquellos que los/ las adolescentes demandan y necesitan.

Efectivo: La atención es provista adecuadamente para contribuir al estado de salud de los/ las adolescentes.

Modalidades de servicios

Se han identificado cuatro modalidades básicas de organización amigable de servicios de salud para la atención de adolescentes:

- **Centro amigable de salud para adolescentes:** Es un espacio físico independiente. Está diseñado para atender a adolescentes, jóvenes y sus acompañantes adaptados a su cultura, gustos y preferencias. Los horarios se acomodan estable y permanentemente a la disponibilidad del tiempo de jóvenes, garantizando así su acceso. Ofrecen posibilidades para potenciar desarrollos psicosociales y formativos, que son reconocidos como procesos de promoción de la salud. Por ejemplo, talleres en sala de espera, consejería, actividades culturales².
- **Servicio Diferenciado para la atención de adolescentes:** Comparte la infraestructura con otros servicios de salud pero cuenta con ambientes exclusivos para adolescentes, con un horario diferenciado y una señalización adecuada para orientarlos en su acceso. Los profesionales, que atienden en forma interdisciplinaria, están capacitados para esta tarea, la que realizan en forma exclusiva en el horario asignado.
- **Consultorio diferenciado:** Uno o más profesionales ofrecen atención integral de salud, dentro de su programación de consultas diarias en un consultorio adaptado a tal fin.
- **Consultorio no diferenciado:** Uno o más profesionales brindan sus servicios a adolescentes en los mismos días y horarios que a otros grupos poblacionales.

Las cuatro modalidades pueden ser entendidas como una forma progresiva de organizar la prestación de servicios, que incorpora gradualmente acciones, de acuerdo con las necesidades de la población joven y los recursos disponibles de la institución o región.

2- QUINTANA S. Alicia e HIDALGO H., Catalina.: "Acortando distancias entre proveedores de salud, adolescentes y jóvenes, Servicios de Salud Amigables en Bolivia, Perú y Ecuador"

Publicación realizada en el marco del proyecto "Acceso joven", llevado a cabo por el Instituto de Educación y Salud – IES, en Bolivia, Ecuador y Perú, con el apoyo de Advocates for Youth en alianza con Pathfinder Internacional Bolivia y la Red Internacional de Adolescencia y Juventudes de Ecuador, entre 2001 y 2003.

Instalación

¿Dónde instalarlo?

La elección del lugar, requiere una tarea de programación previa para identificar regionalmente las áreas de mayor población adolescente con problemas y menor posibilidad de acceso al sistema, En lo posible, de fácil acceso.

¿Qué se necesita para su instalación?

Privacidad y acceso: características comunes a todas las modalidades

Espacio físico: El espacio de atención debe estar separado de otras áreas de atención, respetando condiciones mínimas de privacidad (separación de los consultorios entre sí por material o durlock, no por biombos. Con puertas en los consultorios, no cortinas).

Señalización: en la entrada de la institución debe anunciarse claramente la existencia del espacio y los horarios de atención. La ruta de acceso debe estar correctamente señalizada. En la sala de espera debe figurar información clara y fehaciente de los servicios ofrecidos: atención integral en salud, control del adolescente sano, asesoramiento, consejería; explicitando la política de confidencialidad y derechos, la posibilidad de consultar solos o acompañados y los límites en la edad de atención.

Programación horaria y gestión de turnos: los horarios y turnos, se organizan a fin de facilitar la atención. Pensando en aquéllos que trabajan y /o estudian, se promueven horarios vespertinos y atención los días sábados.

Programación de turnos: la oferta asistencial está dividida en dos opciones: los turnos por demanda espontánea y los turnos programados. De esta manera, se facilita la consulta urgente, y se organizan mejor las consultas de seguimiento, evitando sobrecargar al equipo de salud. Cada institución evalúa cuántos turnos espontáneos y cuántos programados ofrece al sistema, dependiendo de las características de los usuarios y sus necesidades.

Características específicas según modalidad

Centro o Servicio

Es deseable que cuenten con la siguiente infraestructura y recurso humano.

Infraestructura

- **Área de recepción:** con condiciones mínimas de privacidad y entrenamiento del personal administrativo a tal fin.
- **Sala de espera** para que los usuarios y acompañantes esperen su turno de atención. En este lugar se pueden llevar a cabo talleres, para aprovechar el tiempo inerte, con contenidos de derechos, promoción de la salud u otros, a fin de fortalecer los criterios de servicio amigable, confiable y que respeta el secreto profesional. El espacio puede estar enriquecido por materiales de Educación para la Salud colocado en las paredes y folletería accesible, así como todo recurso que sirva para el logro de estos fines.
- **Consultorios** para la atención individual de los pacientes que permitan privacidad y confidencialidad en la consulta. Es deseable contar con espacio suficiente para permitir la participación de familiares o acompañantes y de aquellos adolescentes que concurren en silla de ruedas. Su equipamiento debe adecuarse al tipo de atención brindada. (Ver anexo: Equipamiento para consultorio)
- **Sala para reuniones** del equipo interdisciplinario, con biblioteca y acceso a equipo de computación.
- **Espacio para reuniones grupales con los/ las adolescentes, terapias familiares.**
- **Buzón de sugerencias.**
- **Sanitarios cercanos.**

Recursos Humanos

Los Centros deben estar integrados por equipos interdisciplinarios. Recomendamos considerar las siguientes áreas:

- Administrativa
- Médica
- Enfermería
- Salud Mental
- Trabajo Social
- Psicopedagogía

Las diferentes áreas trabajan en un espacio físico común, compartiendo la sala de espera, los lugares de reunión y horarios de atención.

Un consultorio de atención diferenciada y uno no diferenciada deben tener las siguientes características:

Infraestructura edilicia:

Debe reunir condiciones que permitan privacidad y confidencialidad en la consulta. Su equipamiento debe adecuarse al tipo de atención brindada (Ver anexo: Equipamiento para consultorio).

Recursos humanos:

El profesional a cargo debe contar con conocimientos básicos sobre crecimiento y desarrollo bio-psico-social del adolescente, capacidad para la resolución de los motivos de consulta más frecuentes, pudiendo realizar la clasificación del riesgo y la referencia correspondiente al caso, así como conocimiento de la legislación vigente para la atención de esta población.

Recuerde



La falta de infraestructura no puede ser un limitante para la instalación de un espacio de atención amigable para adolescentes. En estos casos, un consultorio en un sector del hospital y/o centro de salud que cuente con las condiciones descritas de privacidad servirá para iniciar la atención.

Así mismo la falta de profesionales de distintas disciplinas no implica un obstáculo para un abordaje interdisciplinario. Ésta es una actitud del profesional que trabaja con adolescentes, *“debe estar en su cabeza.”*

En estos casos, es de suma utilidad conformar una red de atención ágil con profesionales de otras especialidades y disciplinas aunque no compartan el mismo ambiente físico. Para ello, sugerimos comenzar por identificar aquellos especialistas dentro de su red de salud con afinidad y establecer un espacio de encuentro entre los responsables de los mismos con una frecuencia mínima (por ejemplo mensual o bimensual).

Funciones de los espacios de atención según complejidad

1. **Programar y gerenciar** el conjunto de actividades con los sectores involucrados.
2. **Identificar los problemas de salud** describiendo enfermedades de la población a ser atendida, los recursos disponibles, y las condiciones del medio. Dicha descripción debe ser realizada a partir de elementos demográficos, socioeconómicos y geográficos.
3. Tener un **programa escrito** con metas cuali y cuantitativas de las actividades de atención que responda al punto anterior.
4. Contar con **normas escritas** y disponibles de prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas prevalentes.
5. Organizar un **equipo mínimo** de profesionales de diferentes especialidades y disciplinas ya sea en un mismo espacio físico, o mediante una red de derivación.
6. Brindar **capacitación específica y continua** en Adolescencia al equipo de trabajo y a la red en la cual funcionen.

7. Establecer un horario común de reunión del equipo.
8. Implementar la **historia clínica SIA (Salud Integral del Adolescente)** del CLAP/Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud para el registro interdisciplinario de la consulta;
9. **Garantizar la red de derivaciones. La derivación** a especialistas, centros de mayor complejidad, o cualquier otra prestación por fuera del centro, unidad o consulta, deberán realizarse en forma escrita y con turno asignado a otros efectores de salud articulados entre sí.
10. **Organizar un sistema de seguimiento de casos de riesgo** que permita la citación de pacientes que abandonan tratamiento.
11. **Promover y participar en actividades comunitarias** en la zona de influencia, convocando a escuelas, clubes, parroquias, organizaciones juveniles, con adultos responsables y adolescentes voluntarios.
 - ▶ Es prioritaria la **participación de los/las adolescentes** en la programación, ejecución y evaluación de los programas de salud.
 - ▶ Formación de adolescentes como **promotores de salud**.
 - ▶ Diseñar y coordinar actividades de **educación para la salud** destinado a los/ las adolescentes, sus familias y la comunidad.
12. **Realizar tareas de promoción de las actividades** del servicio en la comunidad y en la institución.
13. **Garantizar un espacio de integración salud/educación.**

Funciones de los integrantes del equipo

La consulta a cualquier miembro del equipo independientemente de su función específica debe asegurar al adolescente un ámbito de confiabilidad (confianza en los profesionales, centros de salud y/o institución), confidencialidad (acorde al secreto médico) y privacidad, informando de las excepciones cuando la responsabilidad deba ser compartida con sus padres o representantes.



Es deseable que cada adolescente contacte al sistema de salud acompañado por un adulto de confianza, de preferencia sus padres. Sin embargo, cuando esto no es posible, es función de los integrantes del equipo de salud asegurarle las condiciones para acceder al ejercicio pleno de su derecho a la salud.



Las funciones son:

- Promover la **autonomía** en el adolescente, participando junto a él en el proceso de toma de decisiones libres y responsables en relación a su salud.

- Brindar la **información completa, veraz y oportuna** -en forma verbal y/o escrita- en un lenguaje comprensible para el adolescente y su familia y/o acompañante, que permita la toma de decisiones.
- Obtener su **consentimiento** para toda intervención y/o tratamiento.
- Mantener una **posición respetuosa** y flexible frente a sus actitudes y expresiones, de acuerdo a sus tiempos.
- Responder al motivo de consulta con criterio de **integralidad y oportunidad** para recibir la atención.
- Hacer el abordaje en su **contexto de vida**: escuela, trabajo, tiempo libre, inserción social, y comunitaria.
- Promover **acciones anticipatorias**, identificando los factores protectores y de riesgo.
- Dedicar el **tiempo necesario para escuchar** al adolescente, su familia y/o acompañante

Recomendamos remitirse a los Lineamientos Normativos para la Atención Integral en Adolescentes- Resolución 542/1997- de la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, para ampliar las funciones específicas de cada integrante del equipo.



www.msal.gov.ar-pngcam-resoluciones-msres542_1997.pdf

Procedimientos

Recorrido del adolescente que consulta

Sugerimos examinar la ruta del adolescente y analizar en cada una de sus instancias la existencia de obstáculos al acceso y a la confidencialidad. A partir de esta evaluación, se podrán realizar los ajustes necesarios para la mejora del Servicio.



Descripción de la ruta en una institución con Unidad de Adolescencia

Ingreso y recepción: Primer contacto del adolescente con la Institución. Brinda información acerca del funcionamiento, horarios y cualquier consulta que sea requerida. Otorga turnos programados y para demanda espontánea. Debe contar con señalética que oriente hacia donde debe ir para ser atendido (por ejemplo: Servicio de Adolescencia PB).

Administración y gestión de la consulta: Espacio y momento de la apertura de la Historia Clínica. Consigna los datos de filiación y adjudica número para su archivo. Entrega al adolescente un carnet de citas Realiza contacto con el equipo profesional encargado de la atención.

Sala de Espera: Actividades de promoción y protección de la salud. Momento muy importante ya que es el primer contacto con el servicio. Expone la "amigabilidad" puertas afuera del consultorio y facilita el contacto posterior con el profesional.

Consulta con equipo multi/interdisciplinario: La consulta de primera vez debe orientar al adolescente de acuerdo a su demanda. Puede ser realizada por cualquier profesional del equipo, de preferencia el o la médica con orientación clínica general (pediatra, generalista, clínico), que se convierte en su médico/a de cabecera. Se debe tener en cuenta el motivo de consulta manifiesto del paciente, el motivo de consulta del acompañante, si lo hubiera, y siempre debe contemplarse el concepto de oportunidad perdida.

1. Si se considera una urgencia³, se programa una estrategia de urgencia inmediata.
2. Si no se trata de una urgencia, el profesional a cargo del programa decidirá la estrategia de resolución que considere más conveniente pudiendo requerir otras consultas con turno programado.
3. Si el paciente ingresa por algún motivo de consulta que no es estrictamente del ámbito médico, se le debe dar la oportunidad de realizar el control de Salud Integral en ese momento o con citación programada.
4. Los/ las adolescentes que lo requieran, se derivarán con una orden escrita y con turno asignado, a otros miembros del equipo u otros efectores de salud con la especialidad e infraestructura necesaria a fin de garantizar respuesta al motivo de consulta.

Referencia-Contrarreferencia: Debe hacerse por escrito o en los casos que se considere conveniente con acompañamiento de personal del equipo admisor.

Citación para control: Los pacientes de riesgo deberán ser consignados de manera tal, que de no concurrir nuevamente al control, sean citados por el médico de cabecera. En segunda instancia, se implementará la citación a través de la institución.



Participación social y comunitaria

La salud es un proceso dinámico que se relaciona con distintos actores. En el caso de los/ las adolescentes, los vínculos con la familia, las instituciones, la comunidad y la escuela, constituyen oportunidades de accionar en forma directa sobre determinantes de la salud.

Cuando son reconocidos como sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones, se sienten motivados y se convierten en valiosos aliados para los servicios de salud. Con su apoyo es posible planear mejor el servicio, ofrecerlo con estándares de calidad y evaluarlo de manera crítica y permanente. Contribuyen a la difusión de los servicios ofrecidos y se garantiza que éstos sean más acordes a sus necesidades y expectativas.

3- Las consultas consideradas de urgencia pueden ser de diferentes índoles: Consultas por anticoncepción y dudas del estado de embarazo. Consejería. y orientación en opciones frente a un embarazo no planificado/ Ideación, e intento de suicidio. Conductas agresivas; crisis de angustia; ataque de pánico Episodio psicótico agudo (alteración de la senso percepción, ideación delirante). Situaciones de violencia y/o sospecha de abuso sexual. Intoxicación aguda por sustancias (alcohol y drogas). Metrorragia y cualquier otra consulta por patología orgánica aguda de urgencia

Algunas acciones para efectivizar la participación social son:

- Armado de mesas de gestión.
- Establecimiento de vínculos con las escuelas.
- Generación de actividades comunitarias.

Difusión institucional del espacio de atención

Dirigida al personal de la institución

Para difundir la existencia de las leyes, su reglamentación, normas y decretos relativos a la Atención Integral de adolescentes; difundir los derechos y obligaciones del personal y de los usuarios; dar respaldo a la jerarquía técnica institucional del servicio.

Dirigida a los usuarios

Para difundir los derechos y la existencia de los servicios y promover su utilización, se utilizarán los medios disponibles en cada institución: blogs, web, cartelería, folletería, comunicaciones institucionales, ateneos.

Monitoreo y Evaluación del Servicio

En la implementación de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes, la evaluación es fundamental y, por tanto, se reafirma la necesidad de considerarla como parte de las acciones rutinarias del equipo.

Examinar la ruta del adolescente y analizar en cada una de sus instancias la existencia de obstáculos al acceso y a la confidencialidad. Así se podrán realizar los ajustes necesarios para la mejora continua del Servicio.

Se debe brindar a todos los actores la libertad de generar indicadores acordes a la modalidad de prestación de servicios elegido o posible. Se sugiere considerar el uso de los siguientes indicadores:

- Número de consultas.
- Porcentaje de consultas de primera vez.
- Porcentaje de reconsultas.
- Encuestas de satisfacción de los usuarios.

Para la evaluación de la "Amigabilidad" de su servicio y prestaciones, se recomienda utilizar las guías de OPS diseñadas a tal fin. *Quality assesment guidebook: a guide to assessing health services for adolescent clients. World Health Organization, 2009.*



www.who.int/publications/2009/9789241598859_eng.pdf

Los derechos en juego en la consulta con adolescentes

El presente capítulo tiene por objeto señalar las principales cuestiones acerca de los deberes y derechos que se ponen en juego toda vez que un adolescente se presenta solicitando atención en salud.

Derecho a la Salud de Niños y Adolescentes

Las estructuras institucionales y la justicia entienden por salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino el nivel más elevado de bienestar físico, mental y social (OMS).

El derecho a la salud es fundamental para la República Argentina. En 1994, la reforma de la Constitución Nacional, lo incorpora de manera explícita a través de diversos tratados de derechos humanos.¹ Lo mismo ocurre con los vinculados con su disfrute: derecho a la vida, a la libertad y la seguridad personales, a la integridad física y psíquica, a la dignidad, a la privacidad, a la libertad de conciencia y pensamiento, a la igualdad y a la educación.² Todos son esenciales para la autonomía personal ya que protegen bienes indispensables para hacer realidad la elección y materialización de su plan de vida, siendo éste un valor contenido en nuestra Constitución Nacional desde 1853.

El derecho a la salud, en tanto implica determinaciones que hacen a la autonomía, la privacidad y el decidir sobre el propio cuerpo es de carácter personalísimo; su ejercicio no es objeto de representación. Esto requiere adecuar las modalidades de comunicación con el joven que solicita asistencia.

Los niños poseen los derechos que corresponden a todos los seres humanos, menores y adultos, y tienen además derechos especiales derivados de su condición, a los que corresponden deberes específicos de la familia, la sociedad y el Estado (Corte Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva 17/2002, sobre la Condición Jurídica y Derechos Humanos de los Niños, párr.54. (Considerando 32).

La **Convención de los Derechos del Niño** (CDN), de rango constitucional, ratificada por la Argentina a través de la **Ley 23.849**, contempla que los niños (toda persona menor de los 18 años) tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación (Art. 24).

Está claro que este derecho implica necesariamente otros, tales como:

- Gozar del más alto nivel de desarrollo (art.6);
- Formarse un juicio propio para expresar libremente su opinión (Art. 12);
- Ejercer plenamente la libertad de conciencia, de religión y de pensamiento (Art. 14);
- El derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (Art. 27); y,
- El derecho a la educación (Art.28).

Éstos deben garantizarse siguiendo el criterio de “*interés superior del niño*” como consideración primordial, conforme lo establece el Art. 3 de la Convención, en su primer párrafo.

Nuestra legislación a través de la **Ley N° 26.061** de Protección Integral de los Derechos de los Niños y Adolescentes, reconoce en su artículo 14 que los Organismos del Estado deben garantizar “el acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad” (inc.a) y afirma que “las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud”.⁴

Una de las últimas leyes en materia de salud, la **Ley N° 26.529** (Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado) establece que existe, hacia todo paciente, pero prioritariamente para con los niños y adolescentes un deber de asistencia (Art. 2 inc. a) sin ningún tipo de menoscabo o discriminación.

Derecho a la Autonomía Personal

El artículo 19 de la Constitución Nacional establece que las acciones privadas de las personas que no perjudican a otros sujetos pertenecen a su sólo ámbito y están exentas de la autoridad estatal. Así mismo establece que ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe. Es decir, recoge el **derecho a la intimidad** en primer lugar y luego el **derecho a la libertad**, del cual se desprende el **derecho a la autonomía**.

La autonomía, significa tomar propias decisiones sin injerencias de los demás.

En un niño comprende el progresivo conocimiento de sí mismo, la referencia que tendrá a través de este conocimiento, y la capacidad o habilidad para utilizar los recursos que disponga en cada momento de su desarrollo. Los niños han de poder reconocer sus necesidades y progresivamente poner a prueba sus posibilidades de satisfacerlas.

De esta forma, se reconoce un marco de libre decisión sobre la propia vida y el propio cuerpo, que impide al Estado –y a otros sujetos- interferir negativamente con sus decisiones y acciones libremente adoptadas.

La CDN recepta este espíritu consagrando en el art. 16 el derecho del niño o adolescente a la protección contra las *“injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia”*.

¿Los/ las adolescentes son autónomos respecto a las decisiones que hacen a su salud?

El Código Civil, vincula la posibilidad de ejercer los derechos personalísimos con la capacidad de tener discernimiento, fijándola en los 14 años. Sin embargo, la misma tiende a construirse de una manera más individual o subjetiva –“empírica”-, ya que se refiere claramente a análisis relativos a las competencias de cada persona.

Es importante aclarar las diferencias conceptuales entre Capacidad y Competencia.⁵

La **Capacidad** es una noción usada en el ámbito de los contratos; por ello y por razones de seguridad jurídica, las leyes establecen una edad determinada, a partir de la cual se alcanza la mayoría de edad.

La **Competencia** pertenece al área del ejercicio de los derechos personalísimos; no se alcanza en un momento preciso, sino que se va formando, requiere una evolución. Bajo esta denominación, se analiza si el sujeto puede, o no, entender aquello que se le dice, cuáles son los alcances de la comprensión, si puede comunicarse, si puede razonar sobre las alternativas y si tiene valores para poder juzgar.⁶

La CDN toma como principio rector *“el interés superior del niño”* y reconoce su autonomía progresiva, introduciendo la idea de “competencia” de los niños para la toma de decisiones relativas a su cuerpo y su salud; los niños son sujetos plenos de derechos y van adquiriendo cada vez mayor capacidad para el ejercicio de los mismos (autonomía progresiva). En este contexto, las facultades de representación otorgadas a los padres son dadas en función del deber de brindarles las herramientas que permitan el ejercicio pleno de sus derechos reconocidos (CDN, **artículo 5**) En el **artículo 12**, se establece que *“(los) Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que (lo) afectan... , teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez ...”*.

La **Ley 26.061**, establece que siempre debe considerarse la edad, grado de madurez, discernimiento y demás condiciones personales del niño, y del adolescente a la hora de evaluar si puede o no consentir sobre materias que

le conciernen (art. 3). El **Comité de los Derechos del Niños** (organismo de interpretación y de supervisión de la CDN) en su Observación General N° 4, referida a la Salud y el Desarrollo del Niño y el Adolescente ha señalado que *“antes que los padres den su consentimiento, es necesario que aquéllos tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y sean debidamente tenidas en cuenta, de conformidad con el artículo 12 de la Convención. Sin embargo, si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado del propio adolescente y se informará, al mismo tiempo a los padres de que se trata del “interés superior del niño” (punto 32).*

En esa línea se inscribe la **Ley 26.529** reconociendo el derecho de los niños de intervenir a los fines de tomar decisiones sobre terapias o tratamientos que involucren su vida y su salud (art. 2 inc. e).



El ejercicio de un derecho que implica la atención básica en salud, sea ésta una decisión referida a información sobre el propio cuerpo (solicitarla y recibirla), métodos anticonceptivos y su aprovechamiento, prestaciones y servicios de salud, son hechos lícitos o actos no negociables y no actos jurídicos. Su concreción se vincula a la posibilidad de expresión de la voluntad, previa comprensión del acto médico y de sus consecuencias para la vida y la salud.



En el camino de su evolución, habrá distintos momentos en los que podrán ejercitar sus derechos -sobre todo aquellos de carácter personalísimo- por sí mismos en tanto tengan la competencia para hacerlo. En el marco de la consulta, es tarea del equipo de salud reconocer cuándo existe esta competencia. Vale aclarar que los niños tienen una mayor capacidad de demostrar su comprensión de las situaciones en contextos que les resultan familiares, y su capacidad de asumir responsabilidades o demostrar su madurez es muy sensible a la metodología empleada.⁷

¿Existen límites a la autonomía personal en el caso de los niños y adolescentes?

Limitar la autonomía personal debe ser una situación excepcional, sólo ante un **riesgo cierto** del paciente, de su familia o de la comunidad. El art. 9 de la **Ley 26.529** prevé dos casos ante los cuales puede prescindirse de consentimiento informado de la persona:

- Cuando mediare grave peligro para la salud pública.
- Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Se deben interpretar ambos casos en forma restrictiva y analizarlos para verificar que dichos supuestos se están suscitando en la realidad. Toda decisión que prescinda del consentimiento informado del niño, y por ende, sea involuntaria, es excepcional, debiendo considerarse como último recurso.

Si bien la Ley 26.529 se refiere a la existencia de **peligro**, la **Ley 26.657** de Salud Mental dispone que las internaciones involuntarias sólo pueden proceder al verificarse la existencia de **riesgo** cierto e inminente para sí o para terceros y la imposibilidad de un abordaje ambulatorio (art. 20).



Pueden los padres (o los tutores, curadores, guardadores) oponerse a la provisión de información y/o tratamiento médico a sus hijos menores de edad cuando sea necesario



No

El art. 264 del Código Civil define la patria potestad como el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de los hijos, para su protección y formación integral, desde la concepción de éstos, mientras sean menores de edad y no se hayan emancipado.

La autoridad que el Código Civil reconoce a los padres no es un fin en sí misma. El objetivo es proteger los derechos de los niños y adolescentes, y promover su formación integral.⁸ La patria potestad requiere que los niños y adolescentes sean titulares de todos los derechos personalísimos.



Esta idea está presente en el Caso Liga Amas de Casa vs. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, resuelto por el Superior Tribunal de la Ciudad de Buenos Aires. En el voto del mencionado fallo, la Vocal Dra. Russo, establece: *“El ejercicio de la patria potestad encuentra sus limitaciones en cualquier práctica por parte de los padres que vulnera los derechos que establece la CDN, toda vez que tiene en mira- en referencia la educación del niño- que “deberá estar encaminada a preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre...”* (art. 29, inc. d.)⁹



El conjunto de derechos y obligaciones que surgen de la patria potestad, debemos situarlos en el entorno familiar y comunitario en el que los niños se desarrollan. El rol de la comunidad es esencial para garantizarles el disfrute del derecho a la salud. La **Ley 26.061** establece que:

“la Comunidad, por motivos de solidaridad y en ejercicio de la democracia participativa, debe y tiene derecho a ser parte activa en el logro de la vigencia plena y efectiva de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes.” (art. 6)

El Comité de Derechos del Niño ha sostenido que “la salud y el desarrollo de los/las adolescentes están fuertemente condicionados por el entorno en que viven. La creación de un entorno seguro y propicio supone abordar las actitudes y actividades tanto del entorno inmediato de los/ las adolescentes -la familia, los otros adolescentes, las escuelas y los servicios- como del entorno más amplio formado por, entre otros elementos, la comunidad, los dirigentes religiosos, los medios de comunicación y las políticas y leyes nacionales y locales” (punto 14 Obs. Gen. N° 4)

El ejercicio de los derechos por sus protagonistas

La **Convención de los Derechos del Niño**, no fija edad para el ejercicio de sus enunciados; tampoco lo hace la **Ley 26.061**.

De acuerdo con el tratado internacional, un niño tiene discernimiento y titulariza derechos que se relacionan directamente con su autonomía personal;¹⁰ por lo mismo, tiene reconocimiento y protección constitucional, si recurre a un establecimiento público a fin de asesorarse sobre temas de salud sexual y reproductiva o cualquier otra cuestión.



En este caso, más allá de la edad que tenga, el interés superior del niño habilita a resolver a favor del acceso, en tanto es la única forma de interpretar armónicamente todo el marco normativo vigente y sobre todo, garantizar la protección y acceso al derecho a la salud que detenta.



La patria potestad (o la tutela, curatela o guarda) no puede ser validada como obstáculo para la protección y formación integral de los hijos, incluso en estos casos.

La **Ley 26.061**, introduce una regla de interpretación “a favor del niño” para el caso de la existencia de conflicto de derechos entre niños y adolescentes frente a otros derechos y/o intereses igualmente legítimos, prevaleciendo siempre los primeros por sobre los segundos (art. 3 in fine).

Derecho a la privacidad e intimidad. Confidencialidad en la consulta

La Ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina lo establece en su art. 11:

“Todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer —salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal—, sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitarlos o utilizarlos con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal.”

La **Ley 26.529** reconoce como esencial el derecho a la intimidad y a la confidencialidad. En su art. 2 inc. d) establece:

“El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.”



El deber de confidencialidad médico encuentra su límite en la edad del paciente

No



Por todo lo dicho anteriormente, en especial como consecuencia del juego entre el interés superior del niño y el reconocimiento de la autonomía progresiva, aparece claro el deber de no limitar el ejercicio de un derecho fundamental a un niño o adolescente sino esforzarse porque el mismo se vea concretado, tal vez haciendo un mayor esfuerzo de usar explicaciones y expresiones adaptadas y adecuadas a la capacidad de comprensión del paciente.

En concreto, se debe cumplir con el deber de confidencialidad. En el caso que deba ser acompañado para compartir responsabilidades, intentar que sea él mismo quien elija cómo y con quién hacerlo.

Con respecto a la **confidencialidad** el Comité de Derechos del Niño señala que “los trabajadores de la salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las adolescentes, teniendo en cuenta principios básicos de la Convención. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos. Los adolescentes a quienes se considere suficientemente maduros para recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres o de otras personas, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial” (pto 11 Obs. Gen. N°4)

El Código Penal criminaliza revelar el secreto profesional. El art. 156 establece como delito a la acción de quien, teniendo noticia de un secreto - por razón de su estado, oficio, profesión o arte- y cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa.



Son pocas las circunstancias en las cuales el equipo de salud está exceptuado de respetar el deber de confidencialidad. Entre éstas figuran situaciones de riesgo inminente para la propia vida del adolescente o en el caso de mediar orden judicial solicitando la historia clínica.



Derecho a recibir información y decidir: deber de informar

La Ley 26.061 expresa en su art. 14 el derecho de niños y adolescentes a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

El Comité de Derechos del Niño ha expresado que *“Los adolescentes tienen derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad... Debería incluir información sobre el uso y abuso del tabaco, el alcohol y otras sustancias, los comportamientos sociales y sexuales sanos y respetuosos, las dietas y las actividades físicas. Al objeto de actuar adecuadamente sobre la base de la información, los adolescentes necesitan desarrollar las aptitudes necesarias, con inclusión de las dedicadas a su propio cuidado como son la forma de planificar y preparar comidas nutricionalmente equilibradas y de adoptar hábitos higiénicos y personales adecuados, así como las aptitudes para hacer frente a situaciones sociales especiales tales como la comunicación interpersonal, la adopción de decisiones, la lucha contra las tensiones y los conflictos...”* (Puntos 26 y 27 Obs. Gen. Nº 4).

La Ley 26.529, establece que *“el paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud, por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud”* (artículo 2.f.).

Esta idea ya estaba reconocida en la Ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La misma identifica como uno de los objetivos más importantes del Programa *“garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable”*.

Caso 1

Derecho a la privacidad y a la confidencialidad

Situación

Una adolescente de 14 años consulta, sin acompañamiento de un adulto por temer un embarazo. Ante la confirmación mediante el test de detección rápida, manifiesta dudas sobre la continuación del mismo; solicitando que no se brinde información a ningún familiar

¿Qué actitud debe tomarse?

En primera instancia, realizar el examen físico completo y un cuidadoso diagnóstico de situación. ¿Por qué la paciente no quiere incluir a su familia en la consulta? ¿Hay pareja acompañante? ¿Existe la posibilidad de abuso? ¿Tiene la joven un trastorno mental?

Si se trata de una adolescente **sana física y mentalmente y no se sospecha una situación de abuso o riesgo inminente**, se la orienta con toda la información científica disponible para evitar que ponga en riesgo su vida e integridad física. (Derecho a la información)

Por el deber de respetar el secreto profesional, se deberá asegurar la asistencia y acompañamiento de la paciente, preservando la confidencialidad y el interés superior de la joven. De no respetar la confidencialidad pedida es muy probable que no regrese a la consulta pudiendo incurrir en conductas que pongan en riesgo su vida. Por tratarse de una situación compleja, como estrategia de abordaje, es importante organizar una red de contención que pueda ayudarla y sostenerla a hacer ejercicio de su derecho a la salud y a la autonomía. En primera instancia, será conveniente generar un equipo (clínico o ginecólogo junto a un profesional de la salud mental o trabajador social). Y, en una segunda, buscar la red social.

Ante esta situación, se recomienda:

- Comunicar a la adolescente la necesidad y conveniencia de informar a un adulto responsable de su cuidado sobre la situación, y acordar con ella la forma de hacerlo (con la participación del trabajador de salud o sin él, contexto, lugar, momento, etc).
- Si las circunstancias lo permitieran, postergar dicha información hasta lograr el consentimiento de la adolescente.

- Ofrecer un contacto previo con otro adulto referente, a elección de la adolescente.
- Realizar el seguimiento, especialmente en los casos en que se presume una reacción familiar violenta.¹¹

Con respecto a la comunicación a los padres hay que tener en cuenta que el Comité de Derechos del Niño, en su Observación General N° 4, referida a la Salud y el Desarrollo del niño, habla de: “la importancia del entorno familiar, que incluye a los miembros de la familia ampliada y de la comunidad así como a otras personas legalmente responsables de los niños o adolescentes (arts. 5 y 18). Si bien la mayoría de los adolescentes crecen en entornos familiares que funcionan debidamente, para algunos la familia no constituye un medio seguro y propicio:” (punto 15).

En este sentido es imprescindible *“proporcionar información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos, puedan discutirse abiertamente y encontrarse soluciones aceptables que respeten los derechos de los adolescentes”* (punto 16).

Frente a un caso en que se sospeche la **existencia de violación o amenaza en el ejercicio de los derechos de la joven** y no se cuente con entorno continente, (no necesariamente familiar sino sin adulto de confianza) habrá que dar intervención a las Oficinas locales de Protección de Derechos de cada distrito o ciudad, conforme lo manda el art. 30 y 31 de la **Ley 26.061** y el art. 31 de su decreto reglamentario (415/2006). La CDN establece que deberán adoptarse todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo (art. 19).

Caso 2

Derecho a la autonomía y consentimiento informado

Situación

Un adolescente de 16 años manifiesta haber incurrido en prácticas sexuales de riesgo y expresa su deseo de hacerse un test de VIH.

¿Cómo se reacciona ante este pedido?

Teniendo en cuenta nuestro marco normativo debemos brindarle com-

pleta asistencia, sin exigirle autorización previa de adulto responsable. En todos los casos, debe solicitarse el consentimiento informado firmado por el adolescente.¹²

Caso 3

Derecho a la salud, derecho a la privacidad, secreto profesional y confidencialidad

Situación

Una adolescente llega a la consulta manifestando que quiere iniciar vida sexual con su novio y quiere saber cómo cuidarse.

¿Se le provee del método anticonceptivo de su elección?

El padre de la joven enterado que su hija ha concurrido al servicio reclama saber qué sucedió.

¿Cómo se enfrenta esta situación? ¿Por qué?

En cumplimiento de la **Ley 26.061** y su artículo 3 y 14, antes citados, se debe dar asistencia completa tal como lo solicita la adolescente. De hecho, su decreto reglamentario, N° 415/06 en su artículo 14, sostiene que el derecho a la atención integral de la salud incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva según lo establece la ley que da forma al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (**Ley N° 25.673**)¹³. Incluso, la misma hace expresa su intención (art. 4) de zanjar las cuestiones observadas respecto de la patria potestad. A saber:

“...En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional por los Derechos del Niño” (Ley 23.849) y detalla las acciones que el Poder Ejecutivo deberá implementar a través del Programa. En sus fundamentos, se exalta la intención de dar cumplimiento con los derechos reconocidos en distintos tratados internacionales de derechos humanos, en especial de la CDN.

Frente al padre, lo más correcto es explicarle que el deber profesional (incluyendo el secreto profesional) es para con su hija, que está ejerciendo su derecho a la salud. Como lo expresa el Comité por los Derechos del Niño, en su Observación General N° 4, referida a la Salud y el Desarrollo, en relación a la comunicación a los padres es imprescindible *“proporcionar información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos puedan discutirse abiertamente y encontrar soluciones*

aceptables que respeten los derechos de los adolescentes” (punto 16).

En todos los casos debemos generar un vínculo de confianza para que ese o esa adolescente regrese a la consulta, ya que ello garantiza poder trabajar sobre lo que le pase y sobre la posibilidad de que haya otro que lo acompañe, ya sean los padres o un adulto de confianza.

Caso 4

Situación

Un adolescente de 17 años concurre a la consulta. Se rescata de la anamnesis situaciones repetidas de consumo de alcohol, y en ocasiones haber conducido vehículos bajo sus efectos. No quiere que se avise a los padres de dichas situaciones.

¿Qué debe hacerse?

En este caso se plantea la duda que el joven continúe conduciendo bajo los efectos del alcohol, con el correspondiente riesgo para su vida y la de terceros.

Para decidir si se debe romper la confidencialidad se evalúa el riesgo. **¿Es un riesgo concreto o es un riesgo potencial?**

Es un riesgo potencial, porque no se sabe si el paciente va a volver a manejar alcoholizado.

¿Estaríamos obligados a denunciarlo? No, no hay obligación alguna de denuncia.

La ley reconoce que la obligación de denunciar puede entrar en conflicto con el deber de confidencialidad. Si lo hubiere, prevalece el deber de confidencialidad.¹³

En este punto se abren dos instancias de trabajo para el equipo:

- Nivel individual con el joven para modificar las conductas de riesgo y construir un acceso a los adultos de confianza.
- Nivel comunitario hacer gestiones tendientes a trabajar preventivamente y de forma anónima y general: por ejemplo, haciendo una comunicación oficial a la autoridad encargada de controlar la venta de alcohol o de realizar controles.

1-“Convención Americana sobre Derechos Humanos, (Pacto de San José de Costa Rica), Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Racial, Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra de la Mujer. Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, Convención sobre los Derechos del Niño”. Así mismo mediante el mecanismo establecido en el artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, también adquirieron jerarquía constitucional la “Convención Interamericana sobre la Desaparición Forzada de Personas (ley 24820) y la Convención sobre Imprescriptibilidad de de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad (ley 25778)”. Si bien desde el derecho internacional pueden señalarse diferencias entre un pacto, un tratado y una convención, en este trabajo utilizaremos los términos en forma indistinta.

2- “El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales” reconoce en su artículo 12 el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y el derecho a la educación (art.13). El “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos” (PIDCP) reconoce el derecho a la vida (art. 6), a la integridad personal (art. 7), la libertad y seguridad personal (Art. 9), a la privacidad (art. 17) el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (art. 18) y el derecho a la igualdad (art. 26). Prevé que los Estados aseguren igualdad en el goce de derechos entre varones y mujeres (art. 3). Entre los instrumentos regionales de protección de derechos humanos, “la Convención Americana de Derechos Humanos” (CADH) se refiere también el derecho a la vida (art. 4), a la integridad personal (art. 5) a la libertad y seguridad personal (art. 7), a la dignidad y respeto de su privacidad (art. 11) a la libertad de conciencia y religión (art. 12), y a la libertad de pensamiento (art. 13) y a la privacidad (art. 17). Incluso las dos declaraciones de derechos que cuentan con jerarquía constitucional también hacen mención directa del derecho a la salud (“Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre”, Artículo XI y “Declaración Universal de Derechos Humanos”, Artículo 25.1). A través de la “Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer” (CEDAW, por sus siglas en inglés), por ejemplo, el Estado Argentino asume el deber de adoptar medidas tendientes a asegurar el derecho a la salud en especial de las mujeres, a través de los derechos reconocidos en múltiples artículos, haciendo un especial reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos

3- El decreto reglamentario de esta ley, Decreto N° 415/06 en su artículo 14, por su parte, hace referencia a la Ley N° 25.673 (Ley de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable), sosteniendo con claridad que el derecho a la atención integral de la salud incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva.

4- KEMELMAJER de CARLUCCI, Aída: “El derecho del menor a su propio cuerpo”, en “LA PERSONA HUMANA”, p. 249 y ss. Ed. La Ley. Bs. As., 2001. Así mismo, esta es la idea que se presenta en HIGTON, Elena y WIERZBZ, Sandra: LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, 2da edición, Buenos Aires, Ad-Hoc, 2003, pág. 104 y ss.

5- KEMELMAJER de CARLUCCI, Aída: “El derecho del menor a su propio cuerpo”, en: LA PERSONA HUMANA, p. 249 y ss. Ed. La Ley. Bs. As., 2001

6- LANSDOWN, Gerison: “La evolución de las facultades del niño.” Op. cit. pág 43. En el que se explican varios estudios relacionados con la evaluación de las competencias de los menores en diferentes contextos.

7- LLOVERAS Nora: Conferencia “Código Civil y normas complementarias” dirigido por Bueres, Alberto y coordinado por Highton, Elena, t.I, p.1197, citado en el fallo Liga de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios de la República Argentina y otros v. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Lexis N° 70014586.

8- Tribunal Superior de la Ciudad de Buenos Aires, Liga de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios de la República Argentina y otros v. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Lexis N° 70014586.

9- La Ley 25.673, establece entre sus objetivos a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermeda-

des de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

10-La comunicación a los padres del Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General N° 4, referida a la Salud y el Desarrollo del Niño dice: “ la importancia del entorno familiar, que incluye a los miembros de la familia ampliada y de la comunidad así como a otras personas legalmente responsables de los niños o adolescentes (arts. 5 y 18). Si bien la mayoría de los adolescentes crece en entornos familiares que funcionan debidamente, para algunos la familia no constituye un medio seguro y propicio:” (punto 15).

Es imprescindible “proporcionar información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos puedan discutirse abiertamente y encontrarse soluciones aceptables que respeten los derechos de los adolescentes” (punto 16).

11- La Ley N° 23.798 de Lucha contra el SIDA, impone al Poder Ejecutivo (Ministerio de Salud) la obligación de llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas. Y, en especial en lo que se refiere a la obligación de los profesionales (art.6) que ante la presencia de una persona perteneciente a un grupo de riesgo (hoy entendido como personas que han incurrido en conductas de riesgo) están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección. Incluso, la Ley N° 25.543 impone la obligación de ofrecer el test de VIH a las mujeres embarazadas.

El Comité de Derechos del Niño, en la Observación Gral. N° 4 “La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño”, apartado 28, señaló que “a la luz de los artículos 3, 17 y 24 de la Convención, los Estados Partes deberían facilitar a los adolescentes acceso a información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, los Estados Partes deberían garantizar el acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores”.

12-ARTICULO 14: En relación al derecho a la atención integral de la salud se reconoce la potestad primaria de las autoridades sanitarias Provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de diseñar los planes, programas y definir las prestaciones esenciales a otorgar a sus habitantes.

Se convoca a las autoridades establecidas en la Ley N° 22.373 a que consensen los programas, planes y prestaciones esenciales a los fines de garantizar el derecho a la salud de los niños y adolescentes.

A los fines del presente artículo se entiende por “toda institución de salud” a aquellas cuyas especialidades médicas incluyan la atención de niños, adolescentes y embarazadas; y el derecho al abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la Ley N° 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

13-El art. 177 del Código Procesal Penal establece que los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejercen cualquier rama del arte de curar, tendrán obligación de denunciar delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los servicios de su profesión, salvo que los hechos conocidos respondan al secreto profesional.

“

*Tus derechos
son mis derechos,
pidamos que se respeten
y se cumplan
todos por igual!!!*

”

Leyenda extraída de los encuentros de Adolescentes y Salud “Nada sobre nosotr@s sin nosotr@s” realizados durante 2011 en Jujuy y Santiago del Estero, Argentina.