



Universidad de la República  
Facultad de Psicología

**Trabajo Final de Grado**  
**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**La participación de adolescentes en servicios de salud especializada para su atención en el subsector público del Sistema Nacional Integrado de Salud**

Estudiante: Giuliana Lourdes Medina Carfagna

C.I.: 4.808.597-9

Tutora: Prof. Adj. Mag. María Alejandra Arias

Revisora: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

Montevideo, 2024

## RESUMEN

Este proyecto de investigación, titulado “La participación de adolescentes en servicios de salud especializada para su atención en el subsector público del Sistema Nacional Integrado de Salud”, se presenta como Trabajo Final de Grado de la carrera de Psicología de la Facultad de Psicología, de la Universidad de la República. Su objetivo general es producir conocimiento acerca del derecho a la participación en salud de los y las adolescentes en un Espacio de Salud Adolescente (ESA) del sub sector público del SNIS en Montevideo. El marco conceptual aborda las nociones sobre adolescencia(s), la participación, y su desarrollo en el sistema de salud del país.

La investigación propone una metodología cualitativa. El método a implementar es el estudio de caso: un ESA de un servicio de salud de ASSE de Montevideo. La población objeto de estudio son los y las adolescentes usuarios del mismo, que se atiendan a partir de junio 2024, y profesionales de la salud que prestan la atención. Las técnicas/instrumentos a utilizar son la entrevista semiestructurada y la observación participante.

Finalmente, se espera que esta investigación produzca conocimiento relevante acerca del ejercicio del derecho a la participación en salud de los adolescentes, cómo se integran sus intereses y opiniones, y que contribuya en la adecuación de los espacios de atención dirigidos a adolescentes del Sistema de Salud, para que promuevan su participación.

**Palabras clave:** derecho a la participación- adolescencias- sistema de salud

## ÍNDICE

1. FUNDAMENTACIÓN .....	4
2. ANTECEDENTES.....	6
3. MARCO CONCEPTUAL .....	10
3.1. Adolescencia(s).....	10
3.2. La participación en el desarrollo humano .....	11
3.3. Sistema de salud.....	13
3.4. Modelo de Atención.....	14
3.4.1. Modelo de atención integral .....	15
3.4.2. Modelo de atención integral en salud adolescente.....	15
4. PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	17
4.1. Delimitación del problema .....	17
4.2. Preguntas de investigación.....	17
5. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
6. METODOLOGÍA .....	18
6.1. Estrategia y diseño metodológico.....	18
6.2. Población/muestra.....	19
6.3. Técnicas de producción de datos .....	20
6.4. Dimensiones de estudio y componentes que se van a relevar a partir de los instrumentos.....	20
6.5. Procedimiento .....	21
7. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN .....	22
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	23
9. RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN .....	24
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

## 1. FUNDAMENTACIÓN

Desde finales del siglo XX, nuestras sociedades se encuentran dentro de un proceso de cambio de paradigma en relación a las formas de concebir a los niños, niñas y adolescentes (NNA). Esto ha dado lugar a una nueva concepción que reconoce a los NNA como sujetos de derechos. Desde el momento de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño por el Estado uruguayo (CDN, 1990), se asume una forma jurídica, social y cultural de comprender su rol en la sociedad.

A partir del art. N° 12 de la CDN (1989) consagra, entre sus principios y valores, “la participación como elemento clave para garantizar sus derechos y su desarrollo humano, la cual anuncia que los NNA tienen derecho a la libre expresión de sus opiniones, a ser escuchados y a ser tenidos en cuenta en los asuntos que les afecten, de acuerdo al principio de autonomía progresiva” (Unicef Chile, 2022).

De acuerdo a Unicef (2008) el acceso a los servicios de salud es un derecho elemental, que asegura una atención de calidad, orientada al desarrollo integral de los NNA. La participación de los NNA en los servicios de salud, así como en las políticas públicas, fortalece sus capacidades en la toma de decisiones respecto a su propia salud. Este involucramiento contribuye a la construcción de ciudadanía, por medio de prácticas que promuevan su participación y ejerzan activamente sus derechos y responsabilidades.

En Uruguay, a partir de la Ley 18.211 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el 2007, la cual define una nueva comprensión de la salud como un derecho humano. Esta forma de definir la salud contribuye al mejoramiento en la calidad de vida de los sujetos y al ejercicio de todos sus derechos. En lo que respecta a la atención a la salud de NNA, se estructura contemplando los principios establecidos por la CDN (1989) y el Código de la Niñez y la Adolescencia de Uruguay (CNA, 2004). En este marco el Programa Nacional de Salud Adolescente (PNSA), actualmente Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud (PNSAJ) del Ministerio de Salud Pública (MSP) impulsó la construcción de un modelo de atención integral de la salud en el que se desarrollaron estrategias y acciones institucionales que ubica al ser adolescente en el centro, y lo vincula con su micro y macro entorno, en el que se fortalezcan estilos de vida y entornos saludables y disminuir probables riesgos, desarrollando progresivamente sus habilidades sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, responsabilidades y tomar decisiones sobre su propia salud, como así también en los ámbitos donde transitan y desarrollan sus vidas (Hortonedá, 2015).

En lo que refiere a los servicios de salud, el PNSA define como espacio de atención a la salud integral de los y las adolescentes al Espacio de Salud Adolescente (ESA). En relación, Hortonedá (2015) plantea que en estos espacios es importante que se pueda brindar una atención de calidad, mediante modalidades de intervención que garanticen los derechos de acceso a los servicios de salud, de recibir información, de participar activamente sobre los temas que los involucran o que les interesan, de expresar su voluntad y a que esta sea debidamente respetada en un marco de confidencialidad y protección. Esto requiere de recursos humanos capaces de responder con sensibilidad y sin prejuicio a las preocupaciones y necesidades específicas de los adolescentes, propiciando sus plenas capacidades y acepten su participación mediante un diálogo intergeneracional de colaboración, compromiso y construcción mutua (Unicef, 2006).

Partiendo de la participación como un derecho fundamental consagrado en la CDN, en lo que se refiere al ámbito de la salud adolescente, éste debe ser un principio a promover en los distintos ámbitos desde los que se trabaje. Al respecto, el MSP (2017) destaca el deber de los Estados en garantizar a través de la implementación de programas y políticas públicas, servicios de salud accesibles y adecuados que contemplen las necesidades y problemáticas de los adolescentes, asegurando su bienestar integral. A su vez, requiere que sean espacios amigables y acogedores donde puedan expresar libremente sus inquietudes y demandas considerando sus características y particularidades en pos de lograr y fortalecer el ejercicio de ciudadanía a través de su efectiva participación para tomar decisiones de manera autónoma, informada y responsable.

En cuanto a los servicios de salud para población adolescente, dentro del subsector público del sistema, Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) cuenta con al menos una policlínica diferenciada por departamento y en el Área metropolitana, son 14 los servicios de salud destinados para este grupo etario. El funcionamiento de estos espacios busca priorizar la atención de calidad y de promoción de la salud integral de los adolescentes en el primer nivel de atención en salud. Si bien existen los servicios de salud específicos para esta franja etaria, según el Plan de Acción de Juventudes 2015-2025 de Uruguay realizado por el Instituto Nacional de la Juventud (INJU, 2019) señala que los y las adolescentes identifican algunos obstáculos al momento de utilizar los servicios de salud, tales como que no son espacios amigables para la población adolescente y que existen dificultades relacionadas a la desactualización por parte del personal de salud en lo que refiere al abordaje en salud mental y sexualidad. Se destaca que ambos temas fueron los

que más surgieron en las consultas realizadas en todos los departamentos de Uruguay. En tal sentido, se enfatiza la necesidad de implementar servicios de salud diferenciados para esta población destinataria que sean de referencia para plantear sus demandas sin sentirse juzgados, sino contenidos y en un marco de respeto y confianza.

Rahi (2023) señala que más allá de los avances significativos que se han generado a partir de la integración de instrumentos jurídicos en las políticas públicas y en especial las políticas sociales en salud para visibilizar las adolescencias y su acercamiento al sistema de salud, continúa persistiendo algunos aspectos como el lugar socio-cultural de la adolescencia o las concepciones tradicionales de salud-enfermedad, que dificultan el logro de acciones concretas, sistemáticas y eficientes para la participación de este grupo destinatario en temas de salud. De esta manera, su participación activa, tanto en el diseño, como en el impacto, la evaluación y las mejoras en los servicios de salud, representa un factor clave a la hora de garantizar una atención de calidad, lo que supone uno de los mayores desafíos a construir.

Por lo expresado, se propone estudiar la participación de los y las adolescentes en un ESA perteneciente a la Red de Atención Primaria (RAP) de ASSE. En tal sentido, cobra relevancia conocer y analizar la participación y apropiación de estos espacios por parte de los adolescentes desde una perspectiva de derechos y analizar el rol de los profesionales de salud e instituciones en las prácticas.

## **2. ANTECEDENTES**

Para la elaboración de este apartado se realizó una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos como **Google Académico, Colibrí, Scielo, Timbó, Google Scholar, PubMed y en fuentes secundarias (guías de salud, documentos de organismos nacionales e internacionales, trabajo final de grado, etc.)** Dicha búsqueda abarca producciones académicas en español, inglés y portugués respectivamente. Las combinaciones utilizadas fueron participación y adolescencia, servicios de salud y adolescencia, **participación AND adolescencia AND servicios de salud**.

Como primer antecedente a nivel nacional, se destaca un proyecto de investigación llevado a cabo en el año 2016 por Arias y Suárez, denominado “La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel de atención desde una perspectiva de derechos”. El objetivo fue evaluar y analizar la integración de la perspectiva de derechos en las prácticas profesionales de un ESA en Montevideo. En cuanto a la participación adolescente, la

investigación concluyó que en dicho centro de salud estudiado no se promueve la participación activa de los adolescentes en la toma de decisiones sobre su salud; tampoco se proponen acciones que propicien el ejercicio de ciudadanía y empoderamiento de sus derechos. Los profesionales tienden a priorizar en la práctica sus intereses, lo que se entiende como un obstáculo para la escucha de las necesidades sentidas de este grupo etario. La atención está configurada desde una visión adultocéntrica, orientada a conductas de riesgo para su desarrollo y su entorno. (Arias y Suárez, 2016).

En la misma línea, Olivera (2015) en su tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, plantea realizar un acercamiento al espacio adolescente (EA) que se desarrolla dentro de la Red de Atención Primaria (RAP) de ASSE, con el objetivo de conocer cómo se promueve la participación de los adolescentes, y si en la misma se promueve desde el derecho o el disciplinamiento. El estudio destaca que si bien los discursos de diferentes actores que intervienen directamente en los EA, así como el análisis documental, impulsan el enfoque de derechos y de participación de los adolescentes, se visualizan algunas contrariedades en torno a cómo se promueve la participación en dichos espacios. Se identifica una participación instrumentalizadora (Vivero, 2007), donde la institución despliega estrategias para disciplinar a los adolescentes, sin promover una actitud reflexiva y/o crítica. En cuanto a las prácticas profesionales, estas son diagramadas por las normativas, donde predomina una mirada del adolescente como objeto de consulta, dejando a un lado sus reales necesidades, preocupaciones y demandas. Entre las conclusiones señala la importancia de promover la participación adolescente en estos espacios desde un enfoque de derechos, reconociendo su condición como sujeto de derechos. Al mismo tiempo, la creación de espacios diferenciados para este grupo etario que concientice e involucre al adolescente con una actitud reflexiva y crítica sobre su propio cuerpo, sus pensamientos y las posibilidades que tiene sus acciones.

Por otra parte, Arias (2017) en su tesis de maestría analiza las representaciones sociales (RS) de adolescentes acerca de la atención a la salud que se desarrolla en un centro de salud de primer nivel en Montevideo. A partir del análisis de los resultados, se identifica dificultades planteadas como principales obstáculos para el ejercicio de la participación de los y las adolescentes. En cuanto a los servicios de salud (SS), no están diagramados para brindar una atención integral y de calidad a partir de las necesidades sentidas de los adolescentes para el desarrollo de buenas prácticas. Asimismo se destaca algunas causas que obstaculizan el ejercicio y derecho a la participación, tales como el desconocimiento y

falta de información respecto a sus derechos como usuarios, la desvalorización de sus capacidades y potencialidades para contribuir a la transformación social, la perspectiva adultocéntrica y la verticalidad de la relación médico/adulto-adolescente/paciente donde prima el saber científico por sobre las opiniones y aportes del adolescente, la falta de empatía y disponibilidad por parte de los profesionales que no contribuye a la apertura y a la actitud pro activa de los mismos, falta de propuestas y actividades creativas (talleres, buzones de sugerencias, consejerías, espacios de consulta, etc.) que promuevan la participación desde su protagonismo y la capacidad de escucha activa por parte de los profesionales. Tomando en cuenta las RS que poseen los/as entrevistados/as acerca de la contribución de los SS respecto a la atención en su salud, se señala que estos no estimulan el fortalecimiento de capacidades, conductas de autocuidado, prevención de enfermedades, hábitos saludables, empoderamiento y participación.

Del mismo modo que en las anteriores investigaciones, la autora señala que los/as adolescentes son percibidos como sujetos pasivos y objetos de asistencia, lo cual obtura la consideración y escucha de las necesidades sentidas de esta población, sin tener en cuenta sus singularidades, opiniones, subjetividades y los aspectos psico-sociales, limitando el desarrollo de una concepción de salud positiva, integral y de derechos de la atención brindada (Arias, 2017).

A nivel internacional, resulta pertinente destacar un estudio exploratorio desarrollado en Brasil por Vieira, Gomes, Machado, Bezerra y Antero (2014) denominado "Participación de los adolescentes en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) desde la estructura teórico-metodológica de un facilitador de la participación". La misma planteó una evaluación por parte de los profesionales que trabajan en el marco de la EFS, del nivel de participación de los adolescentes en los servicios de salud. A partir de los datos recabados se destaca que los adolescentes aún mantienen una participación normativa restringida a la consulta médica, centrada en el control y tratamiento de la enfermedad, ubicándose como sujeto pasivo de atención. En cuanto a la participación de los adolescentes en el EFS, se visualizaron algunas dificultades, tales como la falta de disponibilidad de los profesionales para llevar a cabo acciones propuestas por la organización de servicios, el desconocimiento de los adolescentes acerca de las acciones que se les ofrece en las unidades básicas de salud y la falta de propuestas específicas para trabajar con adolescentes. Se expresa que es necesario reconocer la influencia del proceso de participación en la promoción de la salud, como una herramienta que conduzca a la transformación de los usuarios en sujetos



autónomos, que permita a la persona desarrollar habilidades para la vida. (Vieira et.al, 2014).

En México, Garbus, Osornio y Álvarez (2017) realizaron un estudio acerca de la accesibilidad a la atención en salud de adolescentes en la ciudad de San Juan del Río, Querétaro (México), con el fin de conocer y analizar las percepciones que tienen los adolescentes de 12 a 19 años acerca de su accesibilidad a los servicios de salud. Una de las conclusiones arribadas señala que al considerar a los adolescentes como una población difícil y problemática por los cambios que transitan, muchos de los servidores de salud consideran a éstos sin la capacidad de comprender sus propias decisiones acerca de la salud por ser menores de edad.

La falta de reconocimiento sobre sus derechos como usuarios de un servicio de salud hace que su participación y autonomía de los mismos sea nula. (Garbus, Morales y Cabello, 2017).

Por su parte, Heredia y Artmann (2017) analizan los discursos de profesionales y adolescentes sobre el acceso de esta población a los Servicios de Salud (SS) en un estado de Venezuela, Nueva Esparta. Se identifican una serie de dificultades que enfrentan los y las adolescentes para acceder a los servicios de salud; dentro de ellos, el desconocimiento sobre su salud y derechos. La atención dirigida a los y las adolescentes está sometida a relaciones asimétricas de poder (familia/padres, SS/profesionales), configurada por el Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Ménendez, 1985), el cual el conocimiento y la experiencia está subordinada por el profesional de salud y los usuarios como sujetos pasivos. Entre las consideraciones finales se puede establecer que los adolescentes continúan siendo uno de los grupos etarios con mayor invisibilidad y estigmatizados en el sistema de salud venezolano, una realidad común a varios países de América Latina y el Caribe (UNFPA, 2015 y otros, citado por Heredia & Artmann, 2019). La organización de los SS no promueve una atención integral de la salud que responda a las reales necesidades y que estimule la participación de los y las adolescentes, y que los mismos/as sean considerados/as como sujetos de derechos. Por tal motivo, se destaca la importancia de valorizar prácticas humanizadas basadas en los principios de dignidad, confidencialidad, respeto, autonomía y comunicación. Al mismo tiempo, la capacitación de los profesionales como estrategia de sensibilización e incorporación de herramientas acordes para brindar una atención de calidad y de equidad a la población adolescente en los servicios de salud.

Los antecedentes señalados, destacan la escasa y casi nula participación de los adolescentes en servicios de salud. Estos no generan propuestas para integrar sus necesidades u opiniones. El estigma expresado por los profesionales es una barrera para la atención y la participación de estos. Del mismo modo, se identifican carencias para ampliar espacios y propuestas diferenciados donde éstos puedan expresar sus necesidades, capacidades y fortalecer sus habilidades. Por tal motivo, es de suma relevancia producir conocimiento acerca de la participación adolescente en los servicios de salud, identificando fortalezas y debilidades a la efectiva incorporación del ejercicio de derechos en las prácticas instituciones y quehaceres profesionales que sostienen la calidad de los servicios para esta población.

### **3. MARCO CONCEPTUAL**

#### **3.1. Adolescencia(s)**

La propuesta apunta a los y las adolescentes, por lo tanto se hace necesario desarrollar esta categoría conceptual para entender las múltiples formas de concebir la adolescencia las cuales van a estar determinadas por los diferentes contextos socio-culturales en los que se encuentren así como también las características de esta etapa del desarrollo evolutivo.

Tradicionalmente se ha definido a la adolescencia como una etapa de la vida que transcurre entre la niñez y la adultez, haciendo mayor énfasis en los cambios evolutivos y madurativos. A partir de la segunda mitad del siglo XIX, la adolescencia comienza a concebirse como un período del desarrollo de la vida de las personas con singularidades y derechos específicos, que presenta profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales y ya no solo como una etapa que se transita para alcanzar la madurez. (Lois & Di Landro, s/f).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999), desde un punto de vista cronológico, define la adolescencia como el período que transcurre entre los 10 y 19 años, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, siendo un momento evolutivo fundamental en la vida del ser humano.

Hidalgo, Fierro y Vicario (2017) señalan que la adolescencia no es proceso continuo, sincrónico y uniforme, sino que se ve atravesada por una gran variabilidad de cambios y crisis en cuanto a su desarrollo biológico y psicosocial, entre ellas se destaca: reestructuración del esquema e imagen corporal, intimación sexual, fluctuaciones en su comportamiento y humor, establecen nuevas relaciones sociales logrando su identidad y

sentido de pertenencia, adquisición de la independencia del medio familiar y exploración de sus capacidades personales, entre otros. En palabras de Juárez (2020) la adolescencia es una etapa significativa en sí misma, de redefinición de la identidad personal y de reconstrucción profunda de los sujetos como actores sociales.

Bórquez (2014) considera que durante este proceso de transición los adolescentes sufren sensaciones de soledad, incompreensión, vulnerabilidad y estigmatización, lo que ha contribuido, en muchas ocasiones, a categorizar la adolescencia representándola como una etapa “difícil y problemática” del desarrollo humano, en la cual prevalece la imagen de un sujeto carente de capacidad para tomar decisiones responsablemente sobre los destinos de su vida, predominando una mirada adultocéntrica que termina actuando y decidiendo por ellos, sin considerar sus intereses y necesidades. Por el contrario, existe también un paradigma más amplio y holístico que deja atrás la visión negativa de la adolescencia y los considera como sujetos con potencialidades y habilidades que son fundamentales para su desarrollo personal, grupal y social, estas se relacionan con la capacidad de aprender rápidamente, el desarrollo del pensamiento crítico/reflexivo, la creatividad, reafirma las nociones como derechos, libertad, participación, experimentación de nuevas y diversas situaciones, entre otras. (Arias, 2017)

Por su parte, Lora (2014) señala que esta categoría se ha ido complejizando y se recurre a la noción de adolescencia en plural “*adolescencias*”, ya que no conforman un grupo homogéneo, sino por el contrario, existen múltiples formas de concebir adolescente según las condiciones sociales, históricas, económicas y culturales en las que habitan. Las diversas maneras que adquiere cada uno de vivir y transitar este período van a estar determinadas por su historia particular, experiencias y subjetividades. Para la autora, es de suma relevancia promover el desarrollo positivo de los y las adolescentes que les permita adquirir las competencias sociales, cognitivas y psicológicas para tomar decisiones en diversas circunstancias, expresar sentimientos, establecer relaciones interpersonales sanas y para el autoconocimiento. En esta última instancia se convierten en un medio para el fortalecimiento y empoderamiento de la persona.

### **3.2. La participación en el desarrollo humano**

En el siguiente apartado se abordará la participación como concepto y como derecho siendo un eje esencial y transversal en la presente producción. En primer lugar la participación tiene su fundamento y se vincula como una potencialidad y necesidad humana que favorece

el pleno desarrollo de las personas. En esta línea, Giorgi (2010) retomando los planteos de Hernández (1994) distingue tres dimensiones de la participación: Ser, Tener y Tomar parte. La primera dimensión, se relaciona al lazo social que une a las personas con todos los espacios que integran su vida y que construyen identidad. La segunda, refiere al lugar que se le da a ese espacio donde se participa “mi lugar”, “nuestro lugar”, “tu lugar”. La tercera dimensión, remite a la actitud activa del sujeto que se implica en cuanto a las decisiones o acciones que se asumen. Del mismo modo, el autor considera que la participación es un proceso que involucra holísticamente a los seres humanos y su vida cotidiana, en el cual se va adquiriendo el sentido de pertenencia en relación a los colectivos mediante el compromiso e involucramiento de las personas como sujetos sociales y ciudadanos para aportar y generar transformaciones desde lo individual a lo social. Asimismo, la participación se constituye como un derecho humano y un elemento fundamental de la convivencia democrática, que alcanza a todas las personas sin distinción de género, raza, religión, nacionalidad, condición social ni edad; por tanto es también un derecho de los NNA. (Giorgi, 2010)

Roger Hart (1997) despliega un Diagrama de la Escalera de Participación, el cual cumple la función de repensar y reflexionar sobre el valor dado a la opinión de los adolescentes en los procesos de participación. En los primeros peldaños establece niveles de participación no auténticas o “aparente” dirigidas y promovidas por el mundo adulto para sus fines con poco o ninguna incidencia directa de los adolescentes para proponer y tomar decisiones. Estos niveles son: la manipulación, la decoración y el uso simbólico de la participación. Para que se puedan generar modelos de participación auténtica y protagónica, el autor plantea los siguientes niveles crecientes de participación: los adolescentes son asignados, consultados e informados, las decisiones y acciones son iniciadas por los adolescentes y compartidas por los adultos que participan como facilitadores en la medida que son convocados (Hart, 1997, citado por Unicef, 2006).

Tal como señala Krauskopf (2003), deben reconocerse las formas propias de expresión, empoderamiento y pertenencia que construyen los adolescentes cuando desarrollan acciones, propuestas o proyectos propios. Por su parte, el derecho a la participación también se aplica en el ámbito de la salud y en el desarrollo integral de los y las adolescentes. Para la autora es reconocerlos como sujetos de derechos dado que no son simples receptores de servicios o beneficiarios de las políticas de salud. Los adolescentes deben ser respetados en tanto actores estratégicos de su propio desarrollo humano que

cuentan con capacidades intelectuales y afectivas para involucrarse e intervenir en los procesos de decisión que inciden en los ámbitos de su vida diaria. Es por ello que éstos tienen derecho a acceder a servicios adecuados de salud que se adapten y respondan a sus necesidades y acepten su participación. Asimismo es fundamental que puedan definir las prioridades en cuanto a su salud y desarrollo, de expresar su voluntad y de que esta sea debidamente atendida en un marco de confidencialidad y de cuidado. Tienen derecho a conocer su cuerpo, a recibir información adecuada y en un lenguaje apropiado para que puedan comprender y discernir entre todas las opciones posibles para la toma de decisiones responsables. “Tienen derecho a participar en el diseño, la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas, políticas y servicios vinculados a su salud y su desarrollo integral, así como también tienen derecho a organizarse, decidir y tener iniciativas respecto a su salud y la de sus pares”. (Unicef, 2006, p. 26).

### **3.3. Sistema de salud**

Según OMS (2000), un sistema de salud es una estructura social que está conformada por una red amplia de personas y acciones destinadas a mantener y mejorar la salud de la población. En sentido estricto el sistema de salud incluye todas las organizaciones, instituciones, recursos y acciones planificadas que la sociedad dedica en salud. Según la visión normativa de la OMS, un sistema de salud ideal debería caracterizarse por tres objetivos esenciales: buena salud para toda la población, orientar los servicios según las demandas y necesidades de las personas y brindar protección social y financiera ante amenazas para la salud. (Pérez, 2009).

Para lograr cumplir esos objetivos esenciales, se señala que los sistemas de salud deben desempeñar las siguientes funciones: Prestación de Servicios, Generación de Recursos, Financiamiento y Rectoría del sistema. El Estado debe garantizar un sistema de salud universal, equitativo y accesible que alcance el mejor nivel posible de salud para toda la población.

El sistema de salud se estructura a través de niveles de atención en salud. Estos niveles son una forma apropiada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población y están a su vez diferenciados por escalones de complejidad por medio de los cuales se organiza la actividad asistencial (Perea, 2009).

El primer nivel de atención comprende la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente de la población, por medio de

actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y por procedimientos simples de recuperación y rehabilitación. Representa la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como policlínicas y centros de salud puestos al alcance de las personas, pudiendo realizar una atención oportuna y resolver el 80% de las necesidades de salud de la población (Vignolo et al, 2011).

El segundo nivel de atención refiere a los servicios brindados en los hospitales o establecimientos de referencia orientados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstétrico, cirugía general y psiquiatría. Los procedimientos realizados son de mediana complejidad y se estima que entre el primer y segundo nivel se pueden resolver hasta el 95% de problemas de salud. Finalmente, el tercer nivel de atención está constituido por centros especializados y técnicas de alta tecnología orientada a la atención de patologías complejas y problemas de salud poco prevalentes que requieren de procedimientos especializados. Su ámbito de cobertura atiende a la totalidad o gran parte de un país. Son ejemplos los Hospitales Pereira Rossell, Maciel, Clínicas, etc. (Vignolo, et al, 2011)

### **3.4. Modelo de Atención**

Según Rudolf (2013) un modelo de atención es un “constructo teórico que oficia como base para un sistema organizado de prácticas relativas al proceso salud-enfermedad-atención, que en esencia son prácticas sociales: prácticas en salud, formas de asistencia, formación de profesionales, etc. Implica aspectos generales como la concepción del ser humano y sus derechos, y aspectos específicos como los modelos explicativos de los procesos salud-enfermedad-atención, la participación de los sujetos, la ética profesional, los estilos de vida, las prácticas de cura..., y sustenta decisiones sobre las personas y los colectivos que tienen que ver con el funcionamiento del sistema así como con otros aspectos de la vida en sociedad.” (2013, p.47, citado por Arias, 2017).

Guida (2009) define a un modelo de atención en salud como el reflejo de complejos procesos históricos, económicos, culturales que ordena e involucra las prácticas sociales en salud de acuerdo a los paradigmas teóricos predominantes y a la dirección política del sistema de salud en un determinado contexto.

### **3.4.1. Modelo de atención integral**

El modelo de atención integral se basa en la concepción del proceso salud-enfermedad bajo un enfoque biopsicosocial que incorpora nuevas dimensiones en la salud de las personas, y coloca énfasis en las acciones de promoción y prevención en la atención y la participación comunitaria. Surge como una alternativa, considerando aspectos psicológicos y sociales de los individuos como determinantes en la salud y enfermedad (Mattos, 2016).

Se trata de un modelo de atención basado en valores de equidad, solidaridad y el derecho a la salud. Se asegura el acceso a una cobertura universal en salud, a fin de que toda la población pueda acceder a una atención de calidad y con oportunidad, mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a la persona, la familia y a la comunidad que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación de todos los actores involucrados que contribuyan hacia el respeto al derecho a la salud (MSP, 2014).

Es por ello que este modelo se orienta en la estrategia en la atención primaria de la salud (APS), con acento en el primer nivel de atención, ya que es el nivel más próximo al lugar donde transcurre la vida cotidiana de las personas y representa la puerta de entrada al sistema de salud. Impulsa criterios de calidad en la atención, acciones de prevención y promoción de la salud con un abordaje intersectorial e interdisciplinario que permita actuar sobre los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales de la calidad de vida de las personas (OPS, 2011).

En vista de fortalecer el abordaje integral de la salud, es de suma relevancia el aporte interdisciplinario e integral de los profesionales de la salud a fin de promover y contribuir a la conservación, promoción y protección de la salud personal y colectiva, actuando con la propia población y sus componentes (Vignolo et.al, 2011).

### **3.4.2. Modelo de atención integral en salud adolescente**

Retomando los planteos de Moreno (1995) la salud integral adolescente se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención. Este encuadre exige tener en cuenta los factores biológicos y psicosociales: los estilos de vida, el ambiente físico y cultural, la familia, la interacción con sus pares y el entorno, así como también, la oferta y organización de los servicios. El propósito fundamental de este modelo es la promoción de la salud, orientado a la detección de riesgos y la visualización de factores protectores destinados a alcanzar el máximo potencial de crecimiento, desarrollo y bienestar de los adolescentes.

Pasqualini y Llorens (2010) consideran que abordar la salud adolescente desde un enfoque integral implica no sólo acciones dirigidas a la prevención de riesgos o dar respuesta a determinadas problemáticas, sino también tener presente la importancia de promover oportunidades de crecimiento y desarrollo de competencias para el adolescente que fortalezcan la salud y la activa participación como sujeto de derechos.

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública hace énfasis en el modelo de atención integral que tiene como propósito promover la salud integral del y la adolescente y su familia mediante acciones integradas y coordinadas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación enmarcadas en los principios de la estrategia de atención primaria en salud (APS) en el primer nivel de atención (MSP, 2017).

En este sentido, el modelo de atención integral de adolescentes privilegia la promoción de estilos de vida saludables, potencia las fortalezas y estimula la prevención de posibles riesgos. Se centra en el y la adolescente e involucra a la familia y al soporte social existente. Este modelo no solo accede en los servicios de salud, sino también en los ámbitos donde los y las adolescentes estudian, habitan, estudian, trabajan o se recrean promoviendo su activa participación. Del mismo modo, resulta de suma relevancia el abordaje interdisciplinario e intersectorial del equipo técnico para brindar una atención de calidad acorde a las necesidades y singularidades de este grupo etario. A su vez, el abordaje en la atención integral comprende los enfoque de derecho, género y diversidad e incluirlos permite reconocer a los y las adolescentes como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas (MSP, 2017).

En consonancia a lo expresado, se destaca que para asegurar una atención integral y de calidad para la población adolescente es fundamental que desde el ámbito de la salud se proporcione servicios diferenciados, apropiados, equitativos y accesibles, con recursos y horarios disponibles garantizando la continuidad de la atención. Esto a su vez, requiere que sean espacios amigables y acogedores que incorporan acciones de acuerdo a las necesidades y preferencias de la población adolescente y ofrecen posibilidades para potenciar el empoderamiento de sí mismos y el ejercicio de ciudadanía (MSP, 2017).



## **4. PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

### **4.1. Delimitación del problema**

Como en otras etapas de la vida en la adolescencia se producen cambios significativos que impactan en el desarrollo humano. En este sentido, la contribución de diferentes ámbitos sociales al desarrollo y crecimiento de los y las adolescentes es relevante. Los cambios a nivel bio-psico-sociales que experimentan, así como la adquisición de competencias y habilidades para la vida se convierte en una ventana de oportunidad para su crecimiento y el ejercicio de derechos. Como se ha señalado, la participación como derecho de los y las adolescentes en diferentes aspectos de su vida es un vehículo para la toma de decisiones y el autocuidado. Los servicios de salud especializados en la atención de esta franja etaria con énfasis en abordaje integrales tienen como uno de sus principios la participación de sus usuarios.

Los antecedentes tanto nacionales como internacionales revisados señalan la dificultad de integrar su punto de vista, sus intereses y las decisiones en este ámbito; siendo su participación insuficiente. Uruguay no escapa de ello, a pesar de los avances realizados en materia jurídica y de política pública en salud adolescente. Es necesario continuar profundizando en el enfoque de derechos en la atención a través de una participación activa de los y las adolescentes, integrando su voz, sus intereses, necesidades y propuestas con el fin no solo de la adecuación de la atención a su salud sino en contribuir en su desarrollo integral.

Es necesario reconocer el derecho de los adolescentes a acceder a servicios de salud de calidad, que se adapten y respondan a sus necesidades y acepten su participación. Es por todo lo anteriormente mencionado que la pregunta central a la cual intenta responder esta investigación, es la que sigue:

*¿Cómo se integra y concreta el derecho a la participación en salud de los y las adolescentes en un ESA del sub sector público del SNIS en Montevideo?*

El mismo se desagrega en las preguntas de investigación que se desarrollan a continuación.

### **4.2. Preguntas de investigación**

¿En qué medida la atención en salud establece estrategias acordes a las necesidades y expectativas de los adolescentes por parte del equipo de atención a la salud adolescente?

¿Cómo se promueve el derecho a la participación adolescente desde el equipo técnico de salud del ESA?

¿Qué dificultades identifican los adolescentes respecto a la atención a su salud?

## **5. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **Objetivo General:**

- Conocer la participación en salud de los y las adolescentes usuarios en un ESA del sub sector público del SNIS en Montevideo desde la perspectiva de derechos.

### **Objetivos Específicos:**

- Establecer el grado de participación en salud de los y las adolescentes en el ESA desde la mirada de sus usuarios y del equipo técnico de atención.
- Identificar barreras y facilitadores de la participación en salud de los y las adolescentes en la atención.
- Analizar desde la perspectiva de los y las adolescentes si la atención a su salud integra su opinión, sus necesidades e intereses en la toma de decisiones respecto a su salud.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1. Estrategia y diseño metodológico**

La presente investigación se define por un diseño cualitativo, con método inductivo-explicativo y de diseño flexible. El diseño cualitativo permite aplicar el método inductivo - explicativo para describir, analizar y explicar la complejidad del objeto de estudio propuesto (Hernández et al., 2010, p.364), los diferentes procesos y fenómenos que se pueden dar en la atención en salud, en especial la participación de los y las adolescentes en este ámbito. Esto permite que se identifiquen en el campo de investigación.

Se considera que integrar la flexibilidad al diseño permite adecuar la investigación a la experiencia de campo, ya que algunos aspectos se ajustarán a medida que se implemente el estudio (Flick, 2015, p.23).

La estrategia metodológica cualitativa, además, permite comprender la complejidad de las experiencias de los agentes involucrados, ya que se propone analizar y comprender las percepciones y los significados discursivos de los sujetos (Taylor y Bodgan, 1992; Hernández et al., 2010). Este tipo de estudio, no tiene la pretensión de generalizar estadísticamente los hallazgos.

Se propone el estudio de caso, que es “el estudio de la particularidad y la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake, 1995, p.12). La selección del caso, participación adolescente en un ESA, se realizará sobre la base de la potencial información que la rareza o importancia que el caso concreto pueda aportar a la investigación, según los criterios de variedad, de equilibrio y de oportunidad para aprender que identifica Stake (1995, p.14). Intenta comprender un fenómeno poco estudiado donde se pueda comprender y visibilizar significados de procesos microsociales y micropolíticos, tal como sostienen Goetz y LeCompte (1988, p.9), en este caso relacionados al proceso participativo de los y las adolescentes en su atención. Los conocimientos a producir serán el resultado de análisis concretos de una realidad concreta y específica, que adquiere todo su valor precisamente como indagación intensiva y en profundidad de un caso particular. Realidad que se caracteriza por su singularidad, de cuyo contraste con otras, podrá extraerse problemas comunes y matizaciones singulares.

## **6.2. Población/muestra**

La población objeto de estudio serán los y las adolescentes usuarios del ESA de un servicio de salud de ASSE en Montevideo que se atiendan a partir de junio 2024, y profesionales de la salud que prestan la atención.

Teniendo en cuenta que la franja etárea de atención en los ESA va de los 12 a 19 años de edad, se realizarán entrevistas teniendo presente la categorización de adolescencia según sus fases: temprana, media y tardía. En ese sentido, se realizará una estratificación de la muestra (teniendo grupos de entrevistados según fases adolescentes) y la cantidad de participantes dependerá de la saturación de la información que se produzca en las entrevistas realizadas.

La cantidad de profesionales dependerá de la cantidad de técnicos que integre el ESA.

### **6.3. Técnicas de producción de datos**

Las técnicas/instrumentos a utilizar serán la entrevista semiestructurada y la observación participante. La selección de la primera obedece a que su “utilidad” permite relevar información cualitativa, vinculada a las percepciones de los sujetos, históricamente situadas (Arfuch, 1995, p.21), además de aproximarnos a la información sobre concepciones y creencias. Se realizará una triangulación entre los discursos producidos por los agentes participantes.

La segunda, la observación participante, permitirá producir información sobre el objeto de estudio tal como sucede, entendida como “un proceso sistemático por el que un especialista recoge por sí mismo información relacionada con cierto problema” (Rodríguez et al., 1996, p.150). Aportará información que se triangulará con los discursos mencionados, además de datos de contexto del ESA que serán considerados al momento del análisis.

### **6.4. Dimensiones de estudio y componentes que se van a relevar a partir de los instrumentos**

Según el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación, se distinguen las siguientes dimensiones de estudio y sus componentes:

#### 1. Dimensión promoción del derecho a la participación adolescente

- Sentidos y razones del derecho a la participación adolescente
- Estrategias y herramientas de promoción de ese derecho
- Posibilidades de desarrollo y profundización de ese derecho en los ESA
- Vinculaciones con la atención profesional del ESA

#### 2. Dimensión barreras y facilitadores de la participación en salud de los y las adolescentes en la atención

- Factores que inhiben la participación
- Prácticas de salud y participación que la facilitan

#### 3. Dimensión integración de las opiniones, necesidades e intereses de los adolescentes en la toma de decisiones respecto a su salud

- Dispositivos y acciones de integración de las opiniones

- Acciones concretas que muestran la integración de las necesidades de los y las adolescentes en el cuidado de su salud
- Mecanismos de identificación de necesidades de los y las adolescentes

### **6.5. Procedimiento**

A continuación se presentan las principales acciones para lograr el desarrollo de la investigación:

- Contacto con ASSE y su Dirección de Salud de Niñez y Adolescencia, para presentar el proyecto y obtener su autorización a efectos de realizar la investigación en un ESA de un servicio de la RAP en Montevideo;
- Seleccionar un centro de salud de Montevideo que posea un ESA, con características relevantes y significativas para ser considerado para el estudio de caso. Esta selección se acordará con la Dirección de Salud de Niñez y Adolescencia de ASSE;
- Contacto con el centro de salud seleccionado y presentación de la investigación a sus integrantes: alcance, metodología, tiempo;
- Logro del consentimiento para la investigación por parte del centro;
- Definir un interlocutor del centro de salud para el desarrollo de los aspectos prácticos de la investigación
- Definición de quiénes serán entrevistados, y el alcance de la observación participante;
- Primer contacto con los posibles entrevistados (adolescentes y profesionales); definición de las personas a entrevistar, y posibles reemplazos;
- Definición del cronograma del trabajo de campo junto al referente del centro;
- Preparación del trabajo de campo;
- Realización del trabajo de campo;
- Sistematización de la información;
- Análisis de datos;
- Primera versión de resultados y conclusiones; discusión;
- Devolución al ESA (adolescentes y profesionales)

- Redacción del informe final.

## 7. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

El cronograma se plantea con una extensión de 12 meses, durante el año 2024 y 2025. El mes 1 corresponde, en principio, a junio del 2024. El mismo puede tener las modificaciones según las autorizaciones que se requieran para desarrollar la investigación, así como el avance del trabajo de campo.

Actividades/Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gestión de autorización en ASSE para la investigación en el ESA seleccionado y ajuste de cronograma												
Contacto con el Centro de salud y el equipo técnico del ESA, presentación y consentimientos para la investigación												
Preparación del trabajo de campo. Diseño de instrumentos: pauta para entrevistas semiestructuradas y de observación participante												
Pre test del guión de entrevistas (piloto) y ajuste del instrumento												
Trabajo de campo: realización de entrevistas y observación participante												
Sistematización de la información: construcción de un sistema de categorías para el análisis de las entrevistas												

Análisis de datos												
Primera versión de resultados y conclusiones												
Elaboración del Informe Final												
Presentación de resultados al centro de salud – ESA y en actividades académicas												

## 8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En las fases de investigación destinadas a la producción y análisis de la información se tendrán presentes los criterios y recomendaciones propias para la investigación en el campo de la salud. Para la realización de este proyecto y a lo largo del mismo se tomará en cuenta la Ley de Protección de Datos Personales N° 18.311 de Uruguay, el Código de Ética Profesional del Psicólogo establecido por la Facultad de Psicología y el Decreto N° 379/008 del MSP y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). De acuerdo a sus particularidades, un primer aspecto relevante es la confidencialidad y anonimato de la identidad de todos los actores involucrados para la investigación y de la información que éstos proporcionen con el fin de resguardar su integridad y sus derechos. Conforme a estos principios, los participantes (adolescentes y profesionales de la salud) deberán disponer de información clara y completa. En el caso de los adolescentes la información además contemplará el principio de autonomía progresiva. En este sentido el/la adolescente participante tiene derecho de estar informado/a de una manera que pueda entender y comprender a través de un lenguaje claro, sencillo, de acuerdo con su edad y grado de desarrollo, la naturaleza y propósito de la investigación en el/la que se encuentra involucrado/a: objetivos, el propósito de su participación, instancias a realizar, beneficios previstos, potenciales riesgos o incomodidades que ésta puede generar. En relación a lo mencionado, el uso del asentimiento informado deberá tener en cuenta el grado de desarrollo de las capacidades cognitivas, afectivas y características de los y las adolescentes participantes, respetando su voluntad y desarrollo gradual de su autonomía y para garantizar, que efectivamente la muestra seleccionada comprende su participación en

la investigación y su toma de decisión. En el caso de las familias de los adolescentes, adultos y jóvenes mayores de edad se les otorgará el consentimiento informado con los detalles de la investigación para solicitar su conformidad y aceptación previa para participar. Asimismo, se les dará la posibilidad a todos los actores involucrados de evacuar dudas e inquietudes que puedan ir surgiendo, y se les aclarará explícitamente que su participación será voluntaria y que podrán retirarse de la investigación en cualquier momento que lo consideren. En congruencia a lo anterior, este estudio priorizará el bienestar y protección integral de los participantes antes que los beneficios de la propia investigación; respetando su dignidad, derechos, atendiendo a su autonomía y defendiéndola en su vulnerabilidad en su sentido humanitario. Prever las condiciones de seguimiento, tratamiento u orientación, conforme al caso, considerando la preponderancia de beneficios sobre riesgos y costos (Decreto N° 379/008 del MSP, 2008).

Se asume el compromiso de devolución de lo recabado en la investigación mediante instancias de intercambio con los actores involucrados e instituciones, con el fin de presentar los resultados y conclusiones y hacer una devolución en torno a los aspectos recogidos y planteados, enfatizando una mayor transparencia, respeto y compromiso por los participantes, ya que una de las consideraciones más importantes de esta investigación es la de no tomar a los y las adolescentes como meros objetos de estudio. Por el contrario, esta es una investigación que valora la opinión de los y las adolescentes en el ejercicio de su derecho a participar, por tanto esta instancia es clave y fundamental en el proceso del estudio y una vez finalizada la investigación.

## **9. RESULTADOS ESPERADOS Y ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN**

Respecto a los **resultados esperados**, la investigación producirá conocimiento sobre el ejercicio del derecho a la participación en salud de los adolescentes en un ESA del sub sector público del SNIS en Montevideo, principalmente en torno a su promoción, y las barreras y facilitadores que se vinculan ese derecho. Además, con respecto a la atención de la salud adolescente, esta investigación aportará sobre cómo se integran sus intereses y opiniones en dicha atención, relacionándolo con el ejercicio del derecho a la participación. Sus conclusiones permitirán también adecuar los espacios dirigidos a los adolescentes del Sistema de Salud, para que promuevan su participación. Finalmente, y en relación a los impactos que se vinculan con la comunidad científica, la investigación será un aporte en conocimiento situado en el campo de la participación adolescente en el sistema de salud.



Por último, se realizarán las siguientes acciones de **divulgación de la investigación**:

1. Realización de un taller con los profesionales de los ESA involucrados, para validar resultados y generar reflexiones en relación al objeto de estudio.
2. Publicación del informe de investigación y los principales resultados en la página web de la Facultad de Psicología y en el repositorio de la UdelaR.
3. Presentación de resultados en al menos 2 Seminarios o Congresos nacionales internacionales en el campo de la salud.
4. Publicación de al menos un artículo en una revista científica
5. Participación en instancias institucionales que así lo requieran, tanto de ASSE como de la Facultad de Psicología, para divulgación de avances y resultados finales.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arfuch, L. (1995). *La entrevista, una invención dialógica*. Paidós.

Arias, A., & Suárez, Z. (2016). *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos*. Montevideo: Ediciones Universitarias.

Arias, A. (2017). *La atención de la salud de la población adolescente: Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes*. [Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. Universidad de la República]

Bórquez, B. (2014). *Del Objeto al Sujeto: Los adolescentes como actores en los espacios sanitarios*. [Tesis Doctoral en Bioética y Derecho, Universidad de Barcelona]

Cipriani, R. (2013). *Sociología cualitativa*. Biblos.

Decreto N° 379/008. *Regulación sobre la investigación con seres humanos*. Normativa y Avisos Legales del Uruguay <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.

Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Morata.

Garbus, P., Osornio, A., y Álvarez, L., (2017). Accesibilidad a la atención en salud de adolescentes en San Juan del Río, Querétaro (México). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 277-285. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775002>

Giorgi, V. (2010). *La participación de niños, niñas y adolescentes en las Américas: a 20 años de la Convención de los Derechos del Niño*. Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes.

Glaser, B. y A. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine Publishing Company.

Goetz, J. y Lecompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata.

Güida, C. (2009). *Modelos de Atención en Salud*. Ficha temática del curso de Niveles de Atención. [https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_ficha-modelo.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficha-modelo.pdf)

Heredia, H., y Artmann, E., (2019). Discursos de profesionales y adolescentes sobre el acceso de esta población a los Servicios de Salud en Venezuela, 2017. *Saúde e Sociedade* (28)4, 87-101 <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4062/406263976008/406263976008.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. McGraw Hill (5ta. Edición).

Hidalgo, M., Fierro, M.J., y Vicario, M.I., (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*; XXI (4), 233-244  
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>

Hortonedá, Y. (2015). Atención Integral las Adolescencias en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2015). *Aportes para el Abordaje de la Salud Adolescentes en el Primer Nivel*. (11-49).  
[https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/116\\_file1.pdf](https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/116_file1.pdf)

Juárez, A. R. (2020). Adolescentes, formación ciudadana y participación: una reflexión desde la escuela secundaria. *Política y Cultura*, (53), 131-153.  
<https://www.redalyc.org/journal/267/26763954006/html/>

Krauskopf, D. (2003). *Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Lois, C. T., & Di Landro, G. (S/F). *Adolescencias Saludables, Presente*.

Lora, M.E. (2014) Las adolescencias. *Ajayu* 12(2), 308-315  
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v12n2/v12n2a8.pdf>

Mattos, N. (2016). *Modelos para armar: modelos de atención en salud y la intervención en del trabajo social*. [Tesis de Grado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la Republica]

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES); Instituto Nacional de la Juventud (INJU) (2019). Plan Nacional de Juventudes de Uruguay 2015-2025 <https://uruguay.unfpa.org/es/Balance-Plan-de-Accion-de-Juventudes>

Ministerio de Salud Pública (2017). Guía para la Atención Integral de la Salud de Adolescentes. *Dirección General de la Salud. Área Programática de la Adolescencia y Juventud*.  
[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd\\_web%20con%20tapa.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf)

Ministerio de Salud Pública (2014). Equipos de Salud en el Primer Nivel de Atención. [file:///C:/Users/usuario/Downloads/DT%202014.%20Equipos%20de%20salud%20del%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20-%20202014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/DT%202014.%20Equipos%20de%20salud%20del%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20-%20202014%20(1).pdf)

Moreno, E. (1995). Servicios de Salud para Adolescentes y Jóvenes: Los desafíos de acceso y calidad. *Encuentro Internacional sobre Saludo Adolescente. Cartagena de Indias (Colombia)* [file:///C:/Users/usuario/Downloads/CCPJ-GEPOJU-CENID\\_0248\\_PARTE%201.pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/CCPJ-GEPOJU-CENID_0248_PARTE%201.pdf)

Olivera, K. (2015). *Espacios de participación adolescente en la Red de Atención Primaria*. [Tesis de Grado, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República].

Organización Mundial de la Salud (1999). *Programación para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes*.

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*.

Pasqualini, D. y Llorens, A. (2010). *Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral*. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Perea, J. (2009). *Atención Primaria en Salud*. Ficha temática del curso de Niveles de Atención.

[https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_fichaatencionprimariaensalud.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_fichaatencionprimariaensalud.pdf)

Pérez, M. (2009). *La Reforma del Sistema de Salud en el Primer Gobierno de Izquierda en la Historia del Uruguay*. [Tesis de Grado, Facultad de Ciencias Políticas, Universidad de la Republica]

Rahi, F. (2023) Participación de adolescentes en salud: Guía para profesionales y equipos. *Dirección de Salud de Niñez y Adolescencia de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)*. [https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guiasalud\\_web.pdf](https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guiasalud_web.pdf)

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., y García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe.

Stake, R. (1995). *Investigación con estudio de casos*. Morata.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

Unicef. (2006). Adolescencia y Participación: palabras y juegos. [https://bibliotecaunicef.uy/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=61](https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=61)

Unicef (2022). Derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes. Unicef Chile. <https://www.unicef.org/chile/media/7031/file/Mod%204%20derecho%20participacion.pdf>

Vieira, R., Gomes, S., Sousa, M.F., Bezerra, I., Machado, C. (2014). La participación de los adolescentes en la Estrategia de Salud de la Familia desde la estructura teórico-metodológica de un facilitador a la participación. *Revista Latino-Am Enfermagem* 22(2), 310-316 <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wPqQ9twwVzfw5W9fScPYszx/?format=pdf&lang=es>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 33(1), 11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>