



República Oriental
del Uruguay



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

GRUPO DE TRABAJO: MEDICALIZACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN DE LAS INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS

INFORME 2022

Equipo redactor:

Lic. Alfredo Correa (Comité Derechos del Niño)
Dra. Ps. Adriana Cristóforo (Fac. de Psicología, Udelar)
Mag. Ps. Mariana Durán (INDDHH)
Dr. Gustavo Giachetto (Fac. de Medicina, Udelar)
AS Pablo Graña (INDDHH)
Dra. Susana Grunbaum
Dra. Ps. Alicia Muniz (Fac. de Psicología, Udelar)
Ps. Melissa Olivera (INAU)
Mag. Ps. Carolina Ponasso (ANEP)
Dr. Carlos Zunino (Fac. de Medicina, Udelar)

Agradecimientos

Selena Scotti (CODAJIC)
Verónica González (CAC INAU Canelones)
Defensoría de Niñas Niños y Adolescentes de Santa Fé
Dra. Mabela Ruiz
Dr. René Ramírez
Lic. Marcela Jubin

Introducción	4
2. Conceptualizaciones	6
2.1. Concepto de salud	6
2.2. Salud y derechos	7
2.3. Desde la noción de buenas prácticas a la de las prácticas en clave de derechos	10
2.2.1. Prácticas que produce dichas concepciones	11
2.2.2. Prácticas farmacológicas en clave de derechos	14
3. Presentación de los productos	17
3.1. Relevamiento sobre condiciones que favorecen la salud, en clave de derechos. Instrumento para conocer las opiniones de los y las adolescentes.	17
3.1.1. Breve fundamentación	20
3.1.2. Objetivos/ Propósito	21
3.1.3. Población objetivo	21
3.1.4. Dimensiones de análisis y definiciones de las categorías	22
3.1.5. Instrumentos de recolección de datos	23
a) Grupos focales.	23
b) Entrevista en profundidad	25
3.1.6. Análisis de la información	25
3.2. Pauta de autoevaluación de las prácticas en clave de derechos	26
3.2.1. Breve fundamentación	26
3.2.2. Objetivo/Propósito	27
3.2.3. Población objetivo	27
3.2.4. Dimensiones de análisis	28
3.2.5. Instrumento de recolección de datos	29
3.2.6. Implementación	31
4. Consideraciones finales	32
5. Referencias bibliográficas	33
ANEXO: Cuadro: Dimensiones de análisis propuestas por los adolescentes	36

Introducción

El GT Medicalización y Patologización de las Infancias y Adolescencias, viene trabajando desde el año 2019, en distintas propuestas, informes, recomendaciones y actividades de difusión, en el marco de la temática: Salud Mental y Derechos de las Infancias y Adolescencias. A modo de síntesis mencionamos **dos hitos significativos**:

- **Informe sobre Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias del 2019.**¹
- **El Conversatorio “Corta por lo sano”** co-coordinado con la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe (CODAJIC) realizado en abril de 2021 donde se reunieron profesionales, adolescentes de Iberoamérica, en un intercambio intergeneracional, interdisciplinario e internacional acerca de la temática.²

Este informe **busca mostrar el producto del trabajo realizado en el bienio 2021-2022**, desde los compromisos asumidos por el GT y aprobados por el Consejo Directivo de la INDDHH en mayo de 2021. La perspectiva abordada fue la de formular lineamientos colectivos que tendieran a la desmedicalización y despatologización de las prácticas de salud, incluyendo para ello la opinión y el diálogo con niñas, niños adolescentes (NNA) y sus familias y la reflexión de los equipos de salud sobre sus propias prácticas sanitarias.

Los derechos de infancia y adolescencia permiten posicionarnos en otro paradigma, no solo de infancias y adolescencias, sino de salud y cuidado. Esta nueva mirada permite reflexionar y sistematizar una serie de aspectos que componen el concepto de salud desde una perspectiva de derechos. Desmedicalizar y despatologizar las prácticas sociales y de salud implica pensar la salud en clave de derechos.

Es por lo que en la búsqueda de cumplir con los nuevos objetivos propuestos para el bienio 2021-2022, planteamos una mirada en profundidad al concepto de salud en clave de derechos y a la implicancia del mismo en las prácticas y servicios de salud, con una mirada desmedicalizadora.

¹<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/medicalizacion-patologizacion-infancias-adolescencias-informe-final>

²<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/memoria-del-conversatorio-sobre-medicalizacion-patologizacion>

Para el bienio 2021-2022 el proyecto de trabajo aprobado por la INDDHH contempló dos líneas de acción, a dos años, de las cuales surgen productos a ser presentados en la INDDHH y a otros actores al finalizar el período: la realización de una Encuesta de Bienestar subjetivo de NNA y un relevamiento de prácticas de salud en clave de derechos.

Se comenzó un proceso de conceptualización acerca de qué se entiende por salud en clave de derechos, constructo que fundamenta las herramientas posteriormente desarrolladas. A su vez, desde el inicio se visibilizó la necesidad de realizar este proceso de trabajo intergeneracional, considerando la opinión de las y los adolescentes que vienen trabajando en estos temas. Se conformó un equipo de trabajo con referentes adolescentes, de frecuencia semanal, durante el año 2021. Se intercambiaron los objetivos iniciales y los posicionamientos conceptuales, con referentes en el tema. Fue así que se realizó un primer intercambio con la Defensoría de Niñas Niños y Adolescentes de Santa Fé, posteriormente un encuentro virtual con el Lic René Ramírez de Ecuador (ex Ministra de Desarrollo Social de su país), la Ps Marcela Jubin de Uruguay y otros actores de la INDDHH de las áreas de Salud Mental y del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP). Durante el período de trabajo 2022, se recibió el asesoramiento en aspectos metodológicos de la Socióloga Mabela Ruiz.

Este trayecto, condujo a un primer informe preliminar 2021 y posteriormente a la presentación de estos resultados, en la actualidad. Los productos finales fueron sufriendo algunas modificaciones de los intercambios y reflexiones durante el año 2021, **resultando de dicha tarea la elaboración de un marco conceptual acerca de Salud y derechos que se sistematiza en el Capítulo 2 y la elaboración de dos herramientas en sintonía con dicho posicionamiento, desarrolladas en el Capítulo 3:**

- **Relevamiento sobre condiciones que favorecen la salud, en clave de derechos. Instrumento para conocer las opiniones de los y las adolescentes.**
- **Pauta de autoevaluación de las prácticas en clave de derechos**

Para el cumplimiento de las actividades y objetivos propuestos, el GT se organizó en dos subgrupos, cada uno dedicado a una de las líneas antes mencionadas, que trabajaron articulados entre ellos y con otros grupos y áreas de la INDDHH.

Un aspecto insoslayable es el contexto de pandemia en el que se desarrollaron las actividades, que, por una parte, afecta directamente el trabajo (reuniones vía zoom, dificultades para coordinar reuniones con otros actores, dificultades para trabajar con el grupo de adolescentes, etc.) y por otra afectó la salud de NNA, poniendo otro contexto a nuestra temática.

2. Conceptualizaciones

2.1. Concepto de salud

Para arribar a un concepto de salud que colabore en un proceso de desmedicalización y despatologización recordamos las recomendaciones que el GT realizó en su informe 2019:

Nos encontramos en tiempos propicios y desafiantes para redefinir e instituir otras formas de intervenir- tanto en lo público como en lo privado- en materia de salud mental de niñas, niños y adolescentes. Para ello la participación y escucha de las infancias y adolescencias, así como de las personas adultas referentes requiere ser priorizada.

Parece ser necesario transformaciones y adecuaciones del modelo de salud considerando los cambios en las subjetividades de las infancias y adolescencias, un modelo a construir en forma interdisciplinaria e interinstitucional.

Debemos pensar en un cambio en las modalidades de trabajo de los técnicos de la salud y educación, integrando con mayor fuerza la mirada social y la atención a los diversos determinantes de la salud (INDDHH, 2019, p.27).

A partir de estas recomendaciones y para el logro de los objetivos propuestos para este año, el GT fue transitando diversos momentos, problematizando conceptos, definiendo el objeto de estudio y valoración de las líneas de trabajo planteadas.

Cabe recordar que en la primera etapa del GT (2019-2020) el objeto de estudio fue la medicalización y patologización de las infancias y adolescencias. En el cierre de dicha etapa nos propusimos trabajar para promover la desmedicalización y la despatologización, lo que implica poner el foco en la salud y en las prácticas en clave de derechos.

Para desmedicalizar, las acciones en salud tienen que quedar supeditadas a los derechos humanos. Tenemos que pensar en menos medicación y más autonomía y más capacidad para ejercer derechos (Caponi, 2021) y en prácticas en clave de derechos.

Fue necesario entonces, realizar un recorrido tomando conceptos de diferentes corrientes, y sumando miradas diferentes del propio concepto de salud: buen vivir, derechos, salud colectiva, salud comunitaria, para conceptualizar salud y en ese marco las prácticas en clave de derechos.

2.2. Salud y derechos

Pensando en el concepto de salud y derechos, nos remitimos a las experiencias en salud mental que ubican a las niñas, niños y adolescentes como sujetos efectivos de derechos. Estas experiencias son posibles a partir de la deconstrucción de la tendencia hacia la medicalización y patologización del malestar en la niñez.

De acuerdo con Parra et. al. (2015):

...para garantizar el derecho a la Salud Mental y evitar prácticas desubjetivantes y desestructurantes, toda política de Salud Mental en la niñez debería impulsar procesos de desinstitucionalización/desmedicalización/despatologización, a la vez que debería incluir prácticas comunitarias subjetivantes y estructurantes dentro del proceso de atención a la salud-enfermedad. (p. 239)

Las respuestas institucionales a los problemas de la salud mental de las infancias y adolescencias deberían tender hacia un profundo proceso de reformulación y reacomodación en sus procesos de atención para que se convengan a la protección integral de derechos y a los estándares internacionales.

Para la búsqueda de una conceptualización de salud en clave de derechos, tendiendo a la definición anterior, se piensa **que se deben considerar e integrar al concepto de salud y sus prácticas dos enfoques:**

- **un concepto de salud que aborde el cumplimiento de las normativas y recomendaciones internacionales y nacionales**
- **aspectos y elementos que desde diversas corrientes se vienen conceptualizando (buen vivir, salud colectiva, salud comunitaria)**

Por otro lado, solo es posible referirse a la salud desde una mirada de derechos, si se consideran las diversas condiciones de vida en general, personal, familiar y comunitaria.

A este respecto ya en el informe 2019 del GT se expresaba:

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General N.º 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, estableció una lista de determinantes básicos en una concepción amplia de la salud. Dichos determinantes comprenden, según el relator especial (2019), la inclusión en la comunidad, un entorno libre de violencia para los niños, la eliminación de la violencia contra la mujer, la participación en la diversidad cultural y la erradicación

de la xenofobia, factores psicosociales de la salud en relación con las personas en movimiento, personas privadas de libertad, personas con discapacidad psicosocial y los niños y adolescentes (p. 25).

El informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Naciones Unidas, 2019) plantea que la salud mental requiere concentrarse en las relaciones y la vinculación social, lo que exige intervenciones estructurales en la sociedad y fuera del sector de la salud. Es por ello que se:

...solicita a los Estados actuar fuera del sector de la salud en alternativas al modelo biomédico, en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades para la recuperación de la salud social, el fortalecimiento de la comunidad y la promoción de una sociedad saludable (p. 25).

En la búsqueda del más “alto nivel posible de salud” al decir del Relator especial, nos encontramos en la necesidad de incorporar otros aportes de diversas miradas o corrientes de la salud.

Un enfoque de la salud, con perspectiva de derechos humanos de las infancias y adolescencias, implica incorporar la noción de *buen vivir*³. Algunos países de América Latina han decidido no tomar la noción de bienestar como indicador del estado de la sociedad y en cambio **trabajar sobre la noción de “buena vida”**

Como refiere Ramírez (2012):

Mientras la primera - noción de bienestar - se ocupa de la producción de bienes para maximizar la utilidad, la segunda - buena vida - tendría por fin la generación y el deleite de bienes relacionales: el amor, la amistad, el trabajo no escindido del mundo de la vida, la participación pública y la relación del ser humano con la naturaleza”. (p.239)

Incorporando los componentes que se desprende de dicha concepción, se incorpora en el concepto de salud y derechos: el relacionamiento con la comunidad, con la naturaleza, poniendo énfasis en la calidad de los vínculos y en la **producción colectiva** de la salud.

La idea de producción colectiva de la salud se ha trabajado más extensamente desde la corriente de salud mental comunitaria:

La salud mental comunitaria elabora categorías conceptuales complejas para pensar los problemas.

³ Se cambia el foco desde los bienes de consumo a los bienes relacionales. Una particularidad de los bienes relacionales es que dependen de la relación con otro y generan una reciprocidad compartida, a diferencia de los bienes de consumo que son individuales y refieren a la propiedad sobre ellos. Los bienes relacionales son co-producidos y co-consumidos al mismo tiempo por los involucrados en la relación.

Conviven diversas teorías, ya que desde esta perspectiva no tiene hegemonía el saber psiquiátrico, sino que se piensa con categorías sociológicas, antropológicas y políticas. Nos preguntamos entonces por las causas del padecer psíquico, concibiendo al ser humano como histórico, social y político, entendiendo el padecimiento como relacional y al sujeto como miembro de una comunidad. Por lo tanto, la sociedad es responsable por sus formas de sufrimiento. Es por esto que las intervenciones en salud mental comunitaria apuntan a la participación, democratización de las decisiones, distribución y circulación del poder entre los diferentes actores comprometidos en el proceso salud-enfermedad-atención. Este modo de abordaje implica restituir la palabra al sujeto (Fernández, 2019 p. 245).

Es importante jerarquizar que el ejercicio del derecho a la salud no es independiente del ejercicio de los demás derechos de NNA. Para pensar la salud, en particular la salud mental, parece ser necesario considerar las condiciones que permiten tener un buen vivir. A criterio de los adolescentes consultados, incluiría en definitiva la integración de dos grandes aspectos: **condiciones materiales y bienes relacionales**. Coincidimos con Franco Argudelo, et al. citado por Stolkiner y Ardila (2012), en que:

La salud tiene afinidad con la tranquilidad de la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de los principales derechos, en especial del derecho a la vida, y con tener satisfechas necesidades fundamentales mediante el acceso a las oportunidades y servicios socialmente construidos (p.62).

Dichos aspectos, que integrarían una concepción de salud y DDHH en las infancias y adolescencias, pueden desglosarse en dimensiones de análisis e indicadores que nos van a permitir elaborar la encuesta propuesta en el proyecto actual y que luego se profundizará.

Otra corriente que enriquece y aporta a la concepción de salud y derechos, es la de **salud colectiva**

Diversos países de América Latina (Argentina, Brasil, Ecuador entre otros) han incorporado como marco conceptual en sus programas de salud las orientaciones que aporta la corriente de la *salud colectiva*, que al decir de Stolkiner y Ardila (2012) “aparecen permanentemente en las conceptualizaciones de esta corriente: **la incorporación de los derechos como parte inherente no sólo de los principios sino de las propuestas políticas y técnicas, y la referencia a la vida**” (p.62) (el resaltado es nuestro).

Esta corriente problematiza la noción de salud dejando de considerar la salud-enfermedad como estados antagónicos, poniendo la mirada en los procesos, e incorporando los diversos modos de respuesta social a la enfermedad: “era imposible abordar el curso de los proceso de salud-

enfermedad sin reconocer que las formas instituidas de “respuesta social” eran también fuerzas productoras del mismo en sus dimensiones concretas y simbólicas”(Stolkiner y Ardila, 2012, p. 61) De acuerdo a esta idea se incorpora la atención pasando a ser *proceso de salud-enfermedad-atención*, siendo reemplazado posteriormente por el cuidado (salud-enfermedad-cuidado). Esta última conceptualización aporta una dimensión importante para el GT ya que se corre de la lógica del *curar* como única modalidad de abordaje.

Desde esta perspectiva la vida cotidiana y las relaciones intersubjetivas adquieren mayor centralidad en la comprensión de los fenómenos de salud individual y colectiva, por lo que los saberes no académicos pasan a tener otro valor. En relación con esto, Gimenez (2020) plantea que: “Los técnicos dejan de ser los protagonistas exclusivos de la atención en salud, y se reconoce a las personas en su condición de sujetos de derechos, un rol central en la protección y promoción de su salud” (p. 21).

Asimismo, es importante precisar que desde la perspectiva que venimos planteando salud-enfermedad-cuidado, **se desprende la imposibilidad de aislar la salud mental de la salud general, por lo que cuando hablamos de salud mental no nos estamos refiriendo a una entidad aislada sino a un componente del proceso, que solo se aísla por razones operativas.**

En esta línea cabe recordar que como lo expresa la Convención por los derechos del niño (CDN) deben tenerse en cuenta los conceptos, acciones y recomendaciones sobre los derechos de niños niñas y adolescentes en todos los ámbitos de su vida. (familia, escuela, salud, recreación, calle, instituciones de protección, privación de libertad, y otros).

2.3. Desde la noción de buenas prácticas a la de las prácticas en clave de derechos

La noción de *buenas prácticas* se refiere en la mayoría de los textos a aquellas prácticas que sirven como ejemplo para el diseño de nuevas estrategias o bien para su transferencia a varias instituciones o zonas geográficas. En general, este concepto se ha empleado como sinónimo de “buena experiencia” o “experiencia exitosa” sin que medie una reflexión conceptual respecto de ella. El énfasis que se ha puesto en este concepto responde a la necesidad de conocer “experiencias probadas” o la identificación de métodos que resultan ser adecuados, generalmente de quienes diseñan políticas públicas de acuerdo a su búsqueda de soluciones concretas y efectivas. Además, su utilización logra jerarquizar y prestigiar a los servicios públicos.

Sin embargo, más allá de su posible utilidad, el término ha recibido algunas críticas, fundamentalmente en el sentido de que las prácticas no pueden considerarse como «buenas en sí mismas», sino que deben ser analizadas en relación con el contexto en el que se llevan a cabo y a las características de la población con la que se trabaja.

Para avanzar en las prácticas en clave de derechos es necesario analizar, reflexionar y transformar las prácticas concretas que se llevan adelante al interior del sector salud. Pensarlas desde el enfoque de derechos no “implica solamente un nuevo ordenamiento jurídico, constituye un elemento nodal en los aspectos técnicos y de gestión, y liga indefectiblemente con la ética en la clínica singular” (Stolkiner, Ardila 2012, p.66)

Asimismo, el enfoque de derechos es fundamental para desinstalar una de las prácticas más paradigmáticas de objetivación de los sujetos: la medicalización y patologización. Es necesario cambiar el eje de la mirada desde la enfermedad hacia el sujeto y su contexto. Para evitar prácticas desubjetivantes y garantizar el derecho a la salud, habría que promover procesos de desinstitucionalización/desmedicalización/despatologización. (Parra et. al. 2015)

En esta línea, el GT en su Informe de 2019 señaló:

No podemos desconocer los esfuerzos existentes para cambiar las prácticas, sin embargo, aún persisten dificultades para que estos avances se traduzcan en políticas, estrategias, prácticas y acciones concretas. Queda un camino largo y colectivo a transitar (p.27-28)

De acuerdo a Stolkiner y Ardila (2012) requiere de nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinariedad.

2.2.1. Prácticas que produce dichas concepciones

Para identificar a cuáles prácticas se refiere este trabajo, conviene señalar que *salud*, *atención de salud*, *atención médica* implican cuestiones diversas pero que a menudo se confunden utilizando incluso un término por otro. Como venimos diciendo, cuando se habla de *salud* el concepto incluye aspectos sociales que influyen en el equilibrio salud-enfermedad de una población o comunidad. A menudo el concepto se refiere a las políticas que un estado desarrolla para cuidar y proteger a los ciudadanos. **Salud** involucra la educación, la cultura, el ambiente, la vivienda, el trabajo, la justicia, la libertad, y todos los componentes de la vida que se agrupan como determinaciones sociales de la salud. Cuando se habla de **atención de salud** se está haciendo mención a una forma de prevenir, comprender y atender tanto los cambios vitales esperables con sus sufrimientos, como los problemas o padecimientos no esperados que pueden presentar las personas o los grupos en ciertas

condiciones (según edad, etapa evolutiva, influencia del entorno, crisis, guerras, epidemias, y otras circunstancias). Esta atención es desarrollada por equipos o personas de diferentes disciplinas que interactúan de forma inter multi o transdisciplinaria en los diversos niveles de atención de salud: ambulatorio, emergencia, sanatorio, centros de rehabilitación, entre otros. Por último, la **atención médica** se refiere obviamente a la que realizan los y las médicas. Es una parte pequeña en un gran espacio.

Esta distinción nos parece importante para considerar que entendemos las **prácticas de salud en clave de derechos** como aquellas que despliega un equipo o un grupo de profesionales o técnicos de la salud, pero que también deben estar presentes (e impactar) en otros ámbitos como el de la justicia, las instituciones educativas, la vida cotidiana, entre otros.

Hay experiencias en la región que nos pueden servir como base para la propuesta en nuestro país. La Ley de Salud Mental en Argentina ha sido evaluada luego de su implementación, de acuerdo a la perspectiva de derechos. En algunas de sus conclusiones refiere:

Es en el interior del “sistema de salud” –y en esa particular relación entre “el sistema de salud” y “la comunidad”– donde surge el principal desafío, al pensar cómo el enfoque de derechos en materia de infancia y Salud Mental se erige como eje transversal tanto desde la política pública como en los posicionamientos socioculturales técnico-profesionales (Barcala, et al., 2015, p.165)

En el mismo sentido nos aportan otras experiencias: la creación de servicios y programas innovadores que ofrezcan múltiples funciones que como menciona Barcala, et al. (2015) son:

las cooperativas sociales, la desinstitutionalización de los hospitales psiquiátricos (como en Trieste), los esquemas familiares de acogida, las prácticas de integración comunitaria (como en Lille, Francia), la participación de los usuarios, las 24 horas de atención (como en el sur de Estocolmo, Suecia), la integración con la atención primaria, las empresas sociales (como en Oviedo, España), los equipos móviles multidisciplinarios comunitarios (desarrollados en North Birmingham y en Monaghan, Irlanda). Los programas de cooperación se han desarrollado durante más de 30 años en todos los continentes, con especial énfasis en América Latina, sur y este de Europa y Palestina, a menudo bajo el patrocinio de la OMS y en colaboración con otras organizaciones. (p165)

En nuestro país, La Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay (IDISU)(2012) hace referencia a los derechos enunciados en la Convención, en el Código de la Niñez y Adolescencia y en la reglamentación de la ley de usuarios de salud. y se pregunta por la brecha que aún existe (existía y se mantiene) entre el saber /conocer y el hacer en las prácticas de derechos; si bien se

refiere a la salud en general entendemos que la salud mental está comprendida en la salud general como se expresa en este documento.

Hablar de prácticas en salud desde la perspectiva de derechos supone la inclusión del otro en la medida que estos derechos consideran al sujeto y no solo como alguien que recibe una prestación, sino que es parte de un proceso y de un contexto. Pero al mismo tiempo entendemos que no alcanza con decir prácticas en clave de derechos, conviene precisar a qué derechos nos referimos.

Sin dejar de considerar todos los derechos implicados nos importa hacer foco en dos de ellos, que en el informe 2019 del GT quedaron especialmente en evidencia. **Nos referimos al derecho a ser escuchado y el derecho a que su opinión sea tomada en cuenta.** En referencia a qué significa ser escuchado Stolkiner (2011) dice:

¿qué significa escuchar a un niño en el proceso de cuidado de su salud? Es básicamente hospedarlo en su singularidad, saber que la voz de los padres no es necesariamente la suya pese a que hace trama con ella, reconocer su modo de producción de sentido y de corporeidad. Hospedarlo entonces, sometiéndonos al hecho de que su desamparo interpela el nuestro (pg.s/n)

Este texto trae implícito la noción de autonomía progresiva, principio rector de los derechos de infancia y adolescencia

Para Pérez Manrique (2008) la autonomía progresiva es un proceso de adquisición paulatina, que consiste en la capacidad de formarse un juicio propio, que significa la habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes, reflexionar y elegir sin que nadie le obligue o manipule.

También se la considera como la capacidad para comprender cuales son las alternativas disponibles, manifestar una preferencia, formular sus preocupaciones y plantear las preguntas pertinentes. La autonomía progresiva se traduce en la posibilidad de formarse un juicio propio, poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión.

Otros principios de la CDN a destacar son el interés superior del niño, la libertad como ausencia de coerción y el principio de participación como derecho a ser oído y a que su opinión sea tomada en cuenta. Todos ellos señalan la necesidad de considerar a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho. En cuanto a la posición de los operadores de salud importa resaltar que se debe proteger las decisiones que garanticen el mayor desarrollo de su capacidad. Escuchar no significa

que se acepte mecánicamente el deseo expresado, sino que se debe realizar un análisis profundo y reflexivo de cuáles son las acciones más adecuadas en la situación particular.

Cada vez que un NNA toma decisiones, debe contar con información suficiente y adecuada a su edad y a su nivel de comprensión. Sin información y libertad no es posible tomar decisiones. (Grunbaum, 2019)

No obstante, hay que tener presente que cuando hablamos del derecho de ser escuchados: “nos marca un horizonte pero no nos da una teoría acerca de qué implica en términos subjetivos individuales y sociales escuchar a un niño ni nos dice nada acerca de cuáles son las condiciones para posibilitar dicho proceso (Parra, 2018, p.338)

Es importante consignar que el derecho a ser escuchados y a que sea tenida en cuenta su opinión, no es exclusivo del ámbito de la atención de la salud, sino que también refiere al espacio comunitario.

En las conclusiones del informe sobre el trabajo en talleres (juegos, conversaciones, paseos por el barrio, dibujos) con niños y niñas de 7 a 12 años que concurren al Club de Niños de Paso Carrasco (Centro Educativo La Pascua, OPS, OMS , 2018), los autores destacan:

Casi todos pueden hablar y poner en palabras como sienten y cómo viven las situaciones, lo cual es otra fortaleza: pueden construir un relato de lo que viven, de lo que quieren y de lo que no quieren. Pero no todos pudieron hacerlo: quienes se encuentran en las situaciones más delicadas no hablaron.

Lo que expresan los niños y las niñas durante este proyecto es una denuncia. Si no se tiene en cuenta lo que ellos denuncian, se corre el riesgo de no implementar las acciones que permitan amortiguar o contrarrestar los impactos negativos en su formación como sujetos (p. S/N).

2.2.2. Prácticas farmacológicas en clave de derechos

Entendemos que, en el marco de las conceptualizaciones que venimos planteando merece un capítulo especial las prácticas relativas al uso e indicación de los fármacos retomando una de las recomendaciones que hiciéramos en el informe 2019: “Profundizar en la práctica de otros dispositivos terapéuticos, los medicamentos son una herramienta terapéutica necesaria en

determinadas circunstancias, pero de ninguna forma debe ser la única alternativa” (INDDHH, 2019, p.29)

En el Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental resaltó la importancia de **“capacitar a los profesionales de la salud mental y educar a la sociedad en general para que comprenda que los medicamentos psicotrópicos no son opciones de tratamiento de primera elección eficaces en la atención de la salud mental de los niños y adolescentes** y que el uso excesivo de medicamentos psicotrópicos no se ajusta al derecho a la salud. Una amplia variedad de otras intervenciones, como la observación atenta, intervenciones psicosociales, deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de calidad suficientes” (ONU, 2020).

El uso creciente, generalizado de psicofármacos, en especial en niños y adolescentes es una práctica que siempre debe ser analizada e interpelada. Resulta importante precisar que el sufrimiento psíquico y emocional de niños, niñas y adolescentes no necesariamente responde a un trastorno patológico que requiere tratamiento. En este sentido, es importante señalar que las intervenciones en salud mental no pueden simplificarse a la psicofarmacología. **Es cierto que, en muchos casos, el alivio sintomático puede contribuir a mejorar el funcionamiento individual cuando su administración es parte de un plan integral de abordaje con intervenciones familiares y/o psicosociales. Por tanto, desde una perspectiva de derechos, resulta fundamental reorientar las prácticas de los prescriptores poniendo énfasis en la información y consentimiento, la monitorización de la respuesta terapéutica (efectos beneficiosos, adversos y tóxicos) y la consecuente continuación, detención o cambio de tratamiento.**

A continuación, se enumeran recomendaciones que este GT considera clave en las prácticas en clave de derechos que involucran el uso de psicofármacos.

- 1) Debe guiarse por una perspectiva biopsicosocial y debe realizarse en un marco individualizado, con la participación del niño, niña o adolescente y sus padres o cuidadores directos. En este sentido, la prescripción de psicofármacos debe hacerse luego de una valoración integral y como parte de un plan más amplio de intervención o intervenciones psicosociales.
- 2) La información del NNA y sus referentes adultos resulta fundamental. La información oral y escrita, acorde al nivel y funcionamiento cognitivo, debe contemplar posibles beneficios y riesgos de la medicación en comparación con alternativas.

- 3) En caso de que el medicamento no tenga una indicación aprobada para la afección a tratar, es decir se trata de una indicación "off label" o "fuera de prospecto", el niño, niña o adolescente y sus referentes adultos deben recibir dicha información y la justificación de su indicación.
- 4) En todos los casos, la prescripción deberá contar con el asentimiento o consentimiento del niño o adolescente según corresponda, y el consentimiento de los referentes adultos.
- 5) Previo a la prescripción se recomienda identificar los síntomas y funciones objetivo que se espera que la medicación mejore, obtener los datos clínicos o de laboratorio necesarios según el medicamento para evaluar posibles contraindicaciones y realizar la monitorización de los efectos adversos y/o tóxicos.
- 6) Iniciar la medicación con la mínima dosis eficaz recomendada.
- 7) Priorizar la monoterapia sobre la politerapia. En caso de considerar necesario la asociación de fármacos, se evitarán aquellas combinaciones que presenten interacciones farmacocinéticas y/o farmacodinámicas evitando aquellas que involucren fármacos de la misma clase.
- 8) Realizar monitorización de la respuesta terapéutica, es decir de los beneficios, efectos secundarios y tóxicos y, si corresponde de los niveles plasmáticos (p. Ej., niveles de litio) en las primeras semanas de tratamiento y luego del ajuste de la dosis.
- 9) Determinar la dosis de mantenimiento y, en función de la afección y medicación, establecer una duración tentativa del tratamiento.
- 10) Considerar periódicamente la necesidad de continuar el tratamiento versus su discontinuación.
- 11) Al interrumpir el tratamiento, considerar la necesidad de una reducción gradual versus abrupta. Así en caso de antidepresivos, litio, antipsicóticos se recomienda interrupción gradual, mientras que en caso de metilfenidato se puede discontinuar en forma abrupta.

3. Presentación de los productos

En este capítulo se desarrollarán las herramientas elaboradas por el grupo de trabajo:

- **el relevamiento sobre las opiniones de las y los adolescentes en relación con la salud, las condiciones de salud y sus experiencias en los servicios de salud en clave de derechos**
- **la autoevaluación de los equipos de salud que trabajan con niñas, niños y adolescentes**

Cabe aclarar que ambas herramientas se pueden usar juntas o separadas, según el caso. Se considera que, dentro del proceso de autoevaluación, uno de los aspectos a relevar es si el equipo - en el marco de la atención de salud- considera la opinión de los NNA. Dentro de la consideración de este aspecto, es posible sugerir la aplicación de la herramienta a esos efectos.

3.1. Relevamiento sobre condiciones que favorecen la salud, en clave de derechos. Instrumento para conocer las opiniones de los y las adolescentes.

El recorrido conceptual realizado, buscando un marco teórico acorde a nuestras concepciones nos condujo a modificar la propuesta inicial de “encuesta de bienestar subjetivo” (de acuerdo con el modelo usado por la Defensoría de Niñas, Niños y adolescentes de Santa Fe, Argentina) y pensar en realizar un **relevamiento en salud y derechos construido y diseñado con la participación de las y los adolescentes.**

En esta línea de trabajo, se comienza a trabajar en forma intergeneracional, incorporando la participación de adolescentes a las reuniones del equipo de trabajo. También se tomaron las recomendaciones realizadas por el Consejo Asesor Consultivo del INAU, en el IX Congreso Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes de 2021.

Este acercamiento a la mirada de las y los adolescentes sobre el tema, permitió jerarquizar dimensiones e indicadores que los mismos ponderan en relación a su salud.

Se considera lo que plantea Fernández (2019):

Ubicar a los jóvenes como sujetos activos de derechos implica que a los mismos se les posibilite asumir las prácticas de ciudadanía, que a su vez son necesarias para la construcción de una identidad. Si consideramos imprescindible escuchar a los adolescentes será necesario cuestionar una concepción ahistórica de la adolescencia y permitir que sea el diálogo con ellos el que nos oriente acerca de lo que padecen y lo que necesitan. (pg 239)

Para la primera etapa del trabajo el subgrupo se propuso trabajar con un grupo de adolescentes⁴, para que las dimensiones de análisis en relación a salud y derechos fueran establecidas por ellos/as y a partir de ahí, y con la participación de un número mayor de adolescentes construir la estrategia del relevamiento.

Resignificamos en este punto una de las recomendaciones que hicimos en el informe 2019:

Es necesario en esta tarea, superar la visión adultocéntrica que desconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos, que las y los excluye de la participación y comunicación en la toma de decisiones sobre su salud. Requiere priorizar sus opiniones, respetando la diversidad y la singularidad de cada caso ... (p.27)

Esta forma de trabajo toma también una de las nociones fundamentales del concepto de buena vida: se descubre **desde la praxis**, desde el pacto de convivencia. Es un concepto que se define en el intercambio y trabajo reflexivo con aquellos que están involucrados, **de abajo hacia arriba**. Asimismo el enfoque de derechos estaría implícito tanto en la metodología de trabajo (elaboración de la relevamiento con participación adolescente), como también en las condiciones necesarias - relativas al ejercicio de los derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales, imprescindibles para el logro de una buena salud, de un buen vivir.

La propuesta de realizar un relevamiento sobre salud y derechos surge como respuesta a una de las conclusiones del informe 2019 del GT: la identificación de que en lo que refiere a la salud, hay variados derechos políticos, económicos, culturales y sociales involucrados y potencialmente vulnerados.

Ya en el año 2003 el Comité de los Derechos del Niño en materia específica de salud puso de manifiesto que:

Se deberían recoger datos y estudiar la situación de grupos específicos como son las minorías étnicas y/o indígenas, los adolescentes migrantes o refugiados, los adolescentes impedidos, los adolescentes trabajadores, etc. **Siempre que fuera conveniente, los adolescentes deberían participar en un análisis para entender y utilizar la información de forma que tenga en cuenta la sensibilidad de los adolescentes. (CRC, 2003, OG N° 4 p.13)**

El proceso de intercambio junto con las adolescentes integrantes del subgrupo, comenzó con la búsqueda de una conceptualización de salud, articulando las dimensiones “del buen vivir”

⁴ Se convocó para esto al grupo de jóvenes y adolescentes que participó en el Conversatorio “Corta por los sano” [Voces de los adolescentes. Intercambio intergeneracional. Conversatorio Cortemos por lo sano](#)

mencionadas en el capítulo anterior y la de determinaciones sociales de la salud.

De esta manera, se abren dimensiones de análisis para el relevamiento de las opiniones sobre salud y derechos de las adolescencias. En el trabajo e intercambio realizado, las adolescentes van incorporando dialécticamente condiciones materiales y emocionales que interjuegan a la hora de pensarse individual y colectivamente.

Para multiplicar las opiniones y construir las dimensiones, el GT relevó en forma aleatoria la opinión de adolescentes acerca de las condiciones que favorecen su salud.

En ese sentido, en un primer momento, se observa que hay elementos materiales necesarios para ello y elementos “intangibles” relacionados a su cuerpo y su cuidado, al espacio personal para la reflexión y el ocio y a los vínculos familiares y entre pares. También surge el contacto y relacionamiento con la naturaleza como otro elemento a considerar dentro de las condiciones para sentirse saludable y tener una buena vida.

En la consulta realizada se advierte que los adolescentes consideran fundamentales para una vida saludable, los aspectos que integran la noción de *buen vivir*. Ramírez (2018) plantea como componentes de dicha noción y a los efectos de su relevamiento tres dimensiones: el tiempo dedicado a la **contemplación y el ocio liberador**; el tiempo consagrado al **amor y a la amistad**, y el tiempo destinado a la **participación pública** (civil y política). Los tres aspectos surgen en el relevamiento mencionado. Pero no solamente, dichos aspectos se agregan a las **condiciones materiales de existencia**: vivienda, alimentación y vestimenta adecuada, un espacio físico propio, etc.

De la información relevada entre los adolescentes y jóvenes se construyó un primer cuadro que incorporó las dimensiones de análisis identificadas inicialmente, en consonancia con los objetivos del relevamiento. (Cuadro en Anexo)

Posteriormente, se pudieron especificar los objetivos definitivos, la metodología a usar y los focos fundamentales en los que se enfatizará en la búsqueda del relevamiento de la opinión adolescente sobre su salud, desde una perspectiva y ejercicio de sus derechos.

A continuación, se desarrolla el instrumento para conocer la opinión de los/las adolescentes sobre las condiciones que favorecen la salud en clave de derechos.

3.1.1. Breve fundamentación

Lo abordado sobre medicalización y patologización hasta la actualidad, nos ha permitido pensar propuestas de desmedicalización como forma de aportar soluciones al problema, estrategias de cambio, etc. Entendemos que para desmedicalizar las acciones en salud, se tiene que tener un enfoque de derechos humanos y que, además, hay que redireccionar la mirada desde la enfermedad para enfocar en la salud, el sujeto y su contexto.

Las conceptualizaciones realizadas anteriormente fundamentan la noción de salud como integral e intersectorial, por lo que se hace necesaria la intervención de todos los sectores, no solo del sistema de salud. Pensar la salud, el sujeto y su contexto supone modificar la concepciones y prácticas que no incorporan su integralidad.

Desde esta perspectiva se consolida la propuesta de relevamiento de las opiniones de los adolescentes, como forma de poner el foco en la salud, estudiar y conocer cuáles son las condiciones que la favorecen desde la opinión de los y las involucradas. Esto permitirá generar herramientas para ser incorporadas en las políticas de salud dirigidas a las infancias y adolescencias.

Necesitamos tener más espacios donde nos sintamos cómodos y haya confianza para hablar y dialogar sobre estos temas desde las demandas de los niños, niñas y adolescentes, de escucha con respuesta del mundo adulto, que realmente nos entiendan, comprendan y acompañen en todo el proceso de nuestra infancia y adolescencia.

El instrumento que se propone se sustenta en la idea de que los individuos y colectivos conozcan y tengan control sobre los determinantes de la salud para mejorarla o mantenerla, entendiendo que la misma no es un estado sino un proceso.

La estrategia de aplicación del instrumento busca que los/as adolescentes reflexionen sobre cuáles son para ellos las condiciones que promueven su salud.

Creemos que estas herramientas puestas al servicio de un intercambio intergeneracional, produce conocimiento para rediseñar los dispositivos de cuidados y atención comunitaria centradas en la atención primaria en salud.

3.1.2 Objetivos/ Propósito

El **objetivo general** es conocer la opinión de los adolescentes respecto de las condiciones que favorecen su salud y garantizan sus derechos.

Los **objetivos específicos** son:

- Conocer las condiciones materiales que los adolescentes identifican como favorecedoras de salud
- Establecer las condiciones intangibles que los adolescentes identifican como favorecedoras de salud
- Identificar en sus opiniones las experiencias con los servicios de salud.
- Identificar en esas experiencias el ejercicio de sus derechos, particularmente los que corresponde al artículo 12 de la CDN (incisos 1 y 2)

3.1.3 Población objetivo

Este instrumento está diseñado para trabajar con adolescentes de entre 12 y 18 años, pudiendo fragmentar esta población de estudio en diferentes muestras o subgrupos, lo que habilita a que se realice en diferentes momentos.

Orientaciones para el diseño de las muestras y subgrupos: Se sugiere diseñar grupos con homogeneidad intragrupo y heterogeneidad intergrupos.

Variables que definen la composición de cada grupo:

Edad: 12-15. 16-18

Género: (por autopercepción) mujeres, varones, no binarios

Posición de clase⁵

Lugar de residencia: ciudad, rural

Usuario de servicio de salud: público, privado

Lugar de residencia: con familia/ referente familiares, o en instituciones de cuidado

Se pueden considerar otros criterios en función de las características singulares de la población de estudio (en situación de discapacidad, en situación de calle, etc.).

Para conformar los grupos se sugiere tomar las referencias de García y Mateo:

⁵ Clase social entendida, en el sentido marxista, como formación social y cultural que implica condiciones, experiencias, significaciones y emociones en común, así como la confrontación de estos mismos elementos respecto de otros grupos o clases. La **posición de clase** no sólo refiere a condiciones de pobreza ni a su localización en un circuito productivo o el desempleo, sino a los modos históricamente variables de articulación y confrontación entre “unos” y “otros” grupos sociales, dando cuenta en sus discursos de los antagonismos constitutivos de su experiencia histórica de clase (Elizalde, 2004; Ruiz Barbot, 2015).

¿Quiénes serán los participantes? ¿Cuántos participantes por grupo? ¿Cuántos grupos?	☐ Definir las características de segmentación según objetivos ☐ Homogeneidad intragrupo ☐ Heterogeneidad intergrupos ☐ “Representantes” de la población de estudio ☒ 7-10 participantes por grupo (no menos de 4) ☐ Mínimo 2 grupos por variable de segmentación
--	--

3.1.4 Dimensiones de análisis y definiciones de las categorías

En función de los objetivos específicos propuestos, se definirán las categorías: condiciones materiales que favorecen la salud, condiciones inmateriales, y los derechos elegidos para analizar su cumplimiento y ejercicio en las experiencias que viven los adolescentes en los servicios de atención de salud.

Condiciones materiales: Corresponden a la satisfacción de las necesidades fundamentales que garantizan el derecho a la vida (alimentación, y vivienda) y el acceso a servicios socialmente construidos. Los servicios socialmente construidos son los que garantizan el acceso a:

- la salud, implica que todas las personas sin discriminación tengan acceso a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles.
- la educación, la ley General de Educación N°18437, establece su Art. 2:” el goce y el ejercicio del derecho a la educación, (...) tiene como fin el pleno desarrollo físico, psíquico, ético, intelectual y social de todas las personas sin discriminación alguna”.
- la cultura entendida como un derecho, es una dimensión de la ciudadanía. Es un elemento básico para la cohesión y la inclusión social y, genera al mismo tiempo confianza y autoestima no sólo a los individuos, sino también a las comunidades y naciones a las cuales pertenecen. (Carta cultural Iberoamericana). Por su parte en la Observación general N° 17 (2013)⁶, en el apartado f) refiere La vida cultural y las artes. “Es a través de la vida cultural y de las artes que los niños y sus comunidades expresan su identidad específica y el sentido que dan a su existencia y configuran una visión del mundo que representa su encuentro con las fuerzas externas que afectan a sus vidas”

⁶ En el artículo 31 de la CDN, (numeral 1) se reconoce el derecho del niño "al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

Condiciones inmateriales: corresponden al vínculo con la naturaleza, con la comunidad, con los otros y consigo mismo, poniendo énfasis en la calidad de tales vínculos.

Ejercicio de derechos: Refiere al ejercicio de los derechos descritos en la CDN:

Art. 12: 1. “Los Estados Parte garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional”.

Por otro lado, la Observación general Nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, permite priorizar algunos aspectos a analizar en el ejercicio de derechos de los adolescentes en la atención de salud. Allí se plantea: "los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud.(el subrayado es nuestro) El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva"

3.1.5. Instrumentos de recolección de datos

La recolección de los datos se realizará a través de grupos focales y entrevistas en profundidad a adolescentes considerados “casos típicos”. Se entiende por caso típico una persona que representa a un grupo o comunidad (Muñiz).

a) Grupos focales.

De acuerdo con García y Mateo (2000) el grupo focal se caracteriza por “el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la interacción en grupo[...] Un grupo focal es una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interacción, en un ambiente permisivo no directivo (p. 181).

El guión es una orientación (a través de preguntas que releven los objetivos específicos) que va de lo general a lo específico. La clave consiste en poder sostener una escucha activa tomando los emergentes planteados por los jóvenes y profundizando en esos sentidos.

Las preguntas de apertura que se sugieren son: **¿cuáles son para ustedes las condiciones que favorecen su salud? y ¿qué cosas hacen para cuidar su salud?**

En caso de que no surjan condiciones materiales y/o intangibles repreguntar introduciendo lo que no se ha explicitado de tales dimensiones. Asimismo, se tendrá en cuenta si de la discusión surge o no lo referido a sus experiencias en los servicios de salud y al ejercicio de sus derechos en los mismos.

En la etapa preparatoria tener en cuenta al detalle los aspectos logísticos para generar un clima relajado y confortable en el que los participantes puedan expresarse cómodamente. La elección del lugar (accesible, «neutral», adecuado), el ambiente (tranquilo y amigable) y la comprobación de todo lo necesario (grabadoras, cintas, pilas, papel, material de «estímulo») son ingredientes clave.

Para organizar las sesiones del grupo tener en cuenta:

¿Qué temas se van a tratar? ¿Qué cuestiones se van a plantear? ¿Con qué secuencia?	☐ Decidir qué información se necesita (objetivos) ☐ Preparar un listado de campos temáticos (de lo general a lo específico) ☐ Preparar un listado de preguntas sobre cada tema ☐ Pilotar el guión
--	--

El grupo se desarrolla en 4 fases:⁷

Fase 1. Introducción.

Fase 2. Preparación del grupo.

Fase 3. Debate a fondo

Fase 4. Clausura del grupo

⁷ Tomado de García Calvente, M.M, Mateo Rodríguez, I.(2000).

b) Entrevista en profundidad

Los/las adolescentes a ser entrevistados serán seleccionados de los grupos focales con el criterio “caso típico”. A partir de la escucha se identificará algún/os integrante/es cuya vinculación con el tema salud se visualice como un caso típico.

La entrevista tendrá por objetivo construir junto el/la adolescente su trayectoria de vida vinculada a la salud. De acuerdo a Barbieri (2014) en el relato de sus trayectorias los sujetos “ponen en evidencia la trama social a través de lo particular, permitiendo asomarse a una diversidad de espacios complejos donde dialogan y/o se producen los cambios intergeneracionales” (p.24). Se trata de identificar las transiciones de la vida de un sujeto en relación con la salud.

3.1.6. Análisis de la información

Si bien no se propone que se construyan categorías apriorísticas, si es necesario tener en cuenta los objetivos propuestos y las dimensiones de análisis explicitadas, en particular un énfasis en el análisis transversal del ejercicio de los derechos en las trayectorias de vida y en las experiencias en la atención de salud.

Fases del análisis de la información⁸

1. Transcripción literal de las grabaciones
2. Lectura preliminar de las transcripciones
3. Elaborar el guion de categorías
 - a. Nombre de la categoría de análisis
 - b. Descripción de la información que se va a incluir bajo esa categoría
 - c. Abreviatura de la categoría (código que se va a introducir en el texto)
4. Codificación de las transcripciones
 - a. Dividir el texto en fragmentos (unidades de análisis básicas)
 - b. Asignar a cada fragmento categorías temáticas
 - c. Análisis de contenido de las transcripciones
 - d. Análisis del contenido de cada grupo focal/entrevista en profundidad
 - e. Análisis del contenido de las categorías

⁸ Modificado de García Calvente, M.M, Mateo Rodríguez, I.(2000)

3.2. Pauta de autoevaluación de las prácticas en clave de derechos

3.2.1. Breve fundamentación

Desde el informe del GT 2019, así como a partir de la lectura del Informe “La infancia que no queremos ver”, publicado por la INDDHH en abril del presente año, este grupo se ha planteado la urgencia de avanzar para mejorar/cambiar las prácticas de atención a la salud de infancias y adolescencias.

Interesa la construcción de herramientas que permitan no solo operativizar algunos criterios fundamentales que aseguren estas prácticas basadas en derechos, sino buscar la manera que se institucionalicen a través de la reflexión y autocrítica que requiere la autoevaluación. Es necesario generar espacios para que los equipos de salud puedan tener la oportunidad de reflexionar sobre sus propias prácticas, reconocer sus fortalezas y sus debilidades de cada integrante en particular y del equipo en general.

Se pretende no solo una mirada externa que aporte elementos al monitoreo de prácticas basadas en derechos, sino que quienes trabajan en circunstancias a menudo complejas, participen en dicha valoración, como actores involucrados en los procesos. Se busca, además, lograr la sistematización de la información, poniendo foco en los aspectos a mejorar de cada servicio. Se considera que la salud participativa es una premisa que contribuye de manera significativa a que los y las usuarias de todas las edades y también los profesionales se ubiquen en lugares menos asimétricos, para la mejora de la salud, los vínculos y la fortaleza de la comunidad

Los derechos de niños, niñas y adolescentes han sido difundidos en diversos espacios y capacitaciones sin embargo no son conocidos en profundidad por quienes deben aplicarlos. En general no se monitorea su ejecución y dado que los propios usuarios y sus referentes adultos no los conocen en forma suficiente, estos derechos no se encuentran plenamente garantizados durante la práctica cotidiana.

Se espera que los servicios incorporen la autoevaluación como parte de la práctica profesional para definir qué aspectos debería cambiar, incorporar, desestimar y medir los cambios a lo largo del tiempo. Es imprescindible tomar las dimensiones en relación con aspectos institucionales, al funcionamiento y concepciones del equipo y de cada uno de los profesionales involucrados.

Para la elaboración de esta herramienta se tomaron como lineamientos los siguientes artículos de la CDN:

Art. 5: Derecho a ser respetado en la evaluación de sus facultades independientemente de la familia, teniendo competencia para ejercer algunos de sus derechos sin el consentimiento de sus padres. La CDN promueve la ampliación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho pleno y el concepto de autonomía progresiva frente al mundo adulto

Art. 12: Derecho a ser escuchado y tomado en cuenta en función de su edad y madurez en todos los asuntos que le atañen: escucha respetuosa y atenta a los riesgos

Art. 16: Derecho a la privacidad, a la protección de la vida privada. La intimidad es un derecho fundamental de toda persona. La CDN reconoce el derecho del niño la intimidad protegida contra "injerencias arbitrarias o ilegales"

La ventaja en la implementación de la herramienta de la autoevaluación en los centros de salud es la institucionalización de procesos de reflexión, autocrítica y mejoras de los equipos en el cumplimiento de estos derechos analizados.

3.2.2. Objetivo/Propósito

Se busca con esta herramienta la adecuación a estándares de calidad que aseguren las prácticas asistenciales y así lograr un mayor empoderamiento para la mejora de la calidad asistencial.

Se plantea ofrecer a los equipos de salud una herramienta que les permita realizar una autoevaluación y reflexión sobre su práctica profesional, en especial en el área de los derechos de niños, niñas y adolescentes en la atención de salud. Su propósito es contribuir al fortalecimiento de estos equipos en todos los niveles de atención en cuanto al cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes como usuarios de los servicios de salud.

Los objetivos específicos de esta herramienta son:

1. problematizar prácticas e intervenciones que involucren a NNA basadas en derechos
2. favorecer (promover, requerir) la participación activa de los actores (técnicos, NNA, familia)
3. focalizar aspectos a mejorar en las prácticas en salud

3.2.3. Población objetivo

Pretende ser útil para todos los equipos de salud que tienen contacto con niños, niñas y adolescentes. A su vez puede ser una herramienta especialmente ventajosa en los centros donde la atención de salud mental parece ser el eje central por el cual los niños y adolescentes se encuentran bajo su cobijo.

También podrá ser adaptada y utilizada por otros equipos que están en contacto con niños, niñas y adolescentes en otros ámbitos (hogares, centros de niños y centros juveniles, espacios de educación

formal y no formal).

3.2.4. Dimensiones de análisis

Desde esta perspectiva, se describen posibles dimensiones a tener en cuenta como centrales para la construcción de la herramienta. Dichas dimensiones, tendrán mayor o menor relevancia en cada caso, en cada centro o ámbito de aplicación. Por tanto, se trata de una base de donde cada equipo puede partir para construir su autoevaluación.

Para pensar las **dimensiones se propusieron las siguientes preguntas generales:**

¿El equipo de salud conoce la CDN y podría afirmar que se cumplen los derechos en la práctica cotidiana?

¿Cuentan con un ejemplar o guía u otros materiales accesibles para consultar la CDN?

¿Está la información sobre la CDN disponible para usuarios en lenguaje claro, accesible a su comprensión?

¿El equipo de salud se reúne periódicamente a debatir sobre las situaciones que llegan, potenciando la riqueza de la multidisciplinaria?

¿Cuenta con la posibilidad de realizar las consultas en conjunto entre al menos dos disciplinas?

¿Cómo atraviesan los Principios de Autonomía Progresiva y de Participación de NNA en las prácticas?

De estas preguntas surgieron las siguientes dimensiones:

- conocimiento e información sobre derechos de infancias y adolescencias,
- prácticas de los profesionales de la salud frente a conflictos de derechos,
- identificación de obstáculos y facilitadores para garantizar los derechos durante la práctica diaria,
- trabajo interdisciplinario e intersectorial como garante de derechos,
- prácticas destinadas a garantizar el derecho de NNA a ser escuchados y tomados en cuenta, respeto de su autonomía progresiva y de la confidencialidad,
- concepción sobre el trabajo con perspectiva de derechos.

3.2.5. Instrumento de recolección de datos

En los últimos 6 meses, el equipo o usted en la institución donde trabaja:	siempre	a veces	nunca	no lo sé/ no sabemos	Identificar ejemplos concretos de la práctica diaria
¿Adquirió conocimiento sobre los derechos de usuarios en servicios de salud, especialmente para niños, niñas y adolescentes?					
¿Tuvo disponibles documentos sobre los derechos de infancias y adolescencias?					
¿Consultó dichos documentos en su práctica diaria?					
¿Consultó las normativas nacionales sobre la atención en salud de NNA? ⁹					
¿Se presentó alguna situación que implicó dudas frente a situaciones críticas? En caso afirmativo, se sugiere reflexionar sobre cuáles fueron los derechos más complejos de garantizar o que se vulneraron durante su práctica profesional.					
¿Tuvo posibilidades de consultar respecto a prácticas dilemáticas?					
¿Contó con algún espacio dónde recurrir frente a situaciones que ponen en riesgo la garantía de los derechos?					

⁹ Ley 16.137 Convención de Derechos del Niño, Ley 18.131 Seguro de Salud, Ley 18.355 de Pacientes y Usuarios, Ley 18.426 Salud Sexual y Reproductiva, Ley 17.823 Código de la Niñez y Adolescencia
Ley 18.418 Sobre la discapacidad, Ley 19.529 de Salud Mental y sus decretos reglamentarios

¿Pudo resolver la situación en base a la información o discusión en el equipo?					
¿Identificó los obstáculos para un trabajo basado en derechos?					
¿Discutió acerca de estos obstáculos una vez identificados?					
¿Planteó cambios de mejora en la atención a la salud?					
¿Tuvo dificultades para realizar la consulta con NNA a solas?					
¿Exploró el nivel de comprensión de los NNA cuando indica un tratamiento?					
¿Consultó a los NNA sobre sus opiniones sobre todos los asuntos que los afecten en relación a su salud? ¹⁰					
¿Consideró las opiniones y puntos de vista de los NNA al realizar recomendaciones en relación a su salud?					
¿Informó a NNA sobre su situación de salud (diagnóstico, procedimientos a realizar, tratamiento)?					
¿Habilitó a que los NNA tomen sus decisiones en relación a su salud de acuerdo a su grado de autonomía?					
¿Solicitó el consentimiento informado en los adolescentes que consideró autónomos?					

¹⁰ Considerar el producto presentado para el relevamiento de las opiniones de los y las adolescentes acerca de su salud

¿Respetó el cuerpo y la intimidad del niño, niña y adolescente durante la consulta?					
¿Respetó la confidencialidad de los adolescentes que buscan ayuda médica?					
¿Estableció contacto con otras instituciones y actores para la resolución de los problemas de los usuarios?					
¿Sintió o pensó que la implementación de los derechos supone una desventaja/ riesgo para el equipo o para alguno de los profesionales?					

3.2.6. Implementación

Una vez realizada la evaluación (tanto individual como en equipo) se sugiere pensar acerca de las valoraciones realizadas. Si las respuestas se ubican mayormente en las dos primeras columnas, significa que se está trabajando bajo una mirada de derechos con prácticas que garantizan el acceso a los mismos desde el Servicio de Salud.

Si mayormente se ha respondido en las dos últimas columnas, se está en riesgo en relación a garantizar una práctica que contemple los derechos establecidos para niños, niñas y adolescentes.

Es importante identificar los obstáculos:

- 1) si los mismos provienen de la Institución (ASSE, mutualista, dirección, coordinación del servicio, etc)
- 2) si se relaciona con la forma de trabajo del equipo (lugar de la multidisciplina, estilos de coordinación, espacios de encuentro, interconsultas),
- 3) si tiene relación con la formación y/o capacitación técnico-profesional, así como la actualización de los conocimientos necesarios para ejercer,
- 4) si provienen de las características de las consultas recibidas en el servicio y el contexto donde se originan.

Se sugiere que la evaluación se realice cada 6 meses, de tal manera que se pueda evaluar los cambios surgidos en ese período de tiempo.

4. Consideraciones finales

Luego de la primera etapa de trabajo 2019 y la publicación del informe sobre “Medicalización y Patologización de las Infancias y Adolescencias”, se evaluó por parte de los integrantes, que además de la producción conceptual realizada, se habían generado otras fortalezas: una rica posibilidad de intercambio y producción desde la diversidad de lógicas y miradas que generan las distintas disciplinas y las diversas inserciones institucionales. Por ello, quizás, la propuesta 2020 y 2021 fue mucho más exigente: crear y articular conceptualizaciones y herramientas para promover la desmedicalización y la despatologización.

El informe que aquí culmina, pretende proponer algunas herramientas para el cambio, que permitan realizar reflexiones sobre las prácticas cotidianas que generan salud. Esto llevó a sistematizar un concepto de salud en clave de derechos, generar formas de escucha de los NNA y de pensar las prácticas de los técnicos que integran los servicios de cuidado de la salud.

Paralelamente, el GT ha venido realizando acciones de difusión de las conceptualizaciones que este documento y los anteriores han registrado. Conversatorios, proyectos de formación universitaria en la temática, intercambios con actores locales, búsqueda de articulaciones con otros espacios de infancias y adolescencias de la propia INDDHH.

En lo inmediato, el GT pretende colaborar en la articulación de los instrumentos propuestos con las políticas públicas en materia de salud. Para ello, es necesario continuar con la difusión y ajuste de las herramientas planteadas, proyectándose realizar la validación de las mismas con equipos de salud, estudiantes del área de la salud y social y adolescentes y así realizar las modificaciones necesarias para el logro de los objetivos previstos.

La tarea no se ha terminado, se considera clave continuar los intercambios a la interna de la INDDHH y con otras instituciones y de esta manera favorecer la implementación de estas propuestas en la búsqueda del mejoramiento de los servicios y de contribuir a la garantía de los derechos de infancias y adolescencias.

Creemos que resta mucho por hacer, pero que hay un camino recorrido, sólido y potente que permite continuar con otros aspectos de la tarea comprometida.

5. Referencias bibliográficas

- Barbieri, M. A. (2014). NARRATIVA PERSONAL, TRAYECTORIA DE VIDA Y CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES. *Revista Humanismo Y Cambio Social*, (4), 24–32. Recuperado a partir de <https://revistashumanidadescj.unan.edu.ni/index.php/Humanismo/article/view/47>
- Barcala, A, Luciani, L., Lorenzini, C., López Casariego, V., Laino, C., Czerniecki, S. y Pambukdjian, M. (2015) Salud Mental y protección integral de derechos en niñas, niños y adolescentes en la provincia de Jujuy. En: En Alejandra Barcala y Leandro Luciano (Comp). *Salud Mental y Niñez en Argentina*. 147-165. Buenos Aires: Teseo
- Barcia, Marianela, & Zunino, Carlos. (2019). Reflexiones sobre el consentimiento informado en niños, niñas y adolescentes en la atención clínica. *Revista Médica del Uruguay*, 35(2), 149-162. Epub 01 de junio de 2019. <https://dx.doi.org/10.29193/rmu.35.2.7>
- Botero JC, Puerta E, Lumertz J, Sonaglio R, Melo R, Rocha C. Perspectivas teórico prácticas sobre promoción de la salud en Colombia, Cuba y Costa Rica: revisión integrativa. *Hacia la promoción de la salud*. 2016; 21(2): 59-73. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.2.5
- Caponi, S. (24-25 de septiembre de 2021). *La medicalización de la vida* (conferencia). I Congreso Internacional. Nuevos abordajes en salud mental. CENAT (Centro Educativo Nuevos Abordajes Terapéuticos).
- Centro Educativo La Pascua, OPS, OMS (2018) *Consulta Participativa. Ojos y Voces de los niños sobre los objetivos de desarrollo sostenible*. Santillana, Montevideo.
- Falca, S. (2012) *Guía: Los derechos de niñas, niños y adolescentes en el área de salud*. La Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay.
- Franco Agudelo S., Forero Martínez L. Guerra, Salud y Paz en Colombia, En: Franco Agudelo S. (ed) *La Salud Pública Hoy: Enfoques y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2002. p. 555-584.
- Fernández, C. (2019) Vulnerabilidades y cuidados: el sufrimiento y la salud en los adolescentes que viven en el Bajo Flores. En Alejandra Barcala y Laura Poverene (comp). *Salud mental y derechos humanos en la infancia y adolescencias*. 149-160. Ediciones de la UNLa. Buenos Aires.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, (2021) Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19. Mayo. Buenos Aires, Argentina

- García Calvente, M.M, Mateo Rodríguez, I.(2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria. Vol. 25. Núm. 3.* : 181-186. 28 de febrero 2000
- Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los derechos de los niños. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- (2001) Observación General Nº 1. CRC/GC/2001/1. 17 de abril de 2001
- (2003). OBSERVACIÓN GENERAL N° 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño.CRC/GC/2003/4. 21 de julio de 2003
- (2013). Observación general No 17 sobre el derecho del niño al descanso, el esparcimiento, el juego, las actividades recreativas, la vida cultural y las artes (artículo 31)*CRC/GC/2003/4. 21 de julio de 2003
- Giménez, L. (2020). *Concepción del cargo. Plan de actividades*. (Propuesta de trabajo para concursar por el cargo de Profesor Titular, documento inédito). Facultad de Psicología - UdelaR. Montevideo-Uruguay.
- Grunbaum, S. (2020) *Manual para contribuir a la toma de decisiones de la adolescente menor de 15 años embarazada* Conocer. Informar. Acompañar. Documento de trabajo inédito
- INDDHH (2019) Grupo de trabajo: Medicalización y patologización de Las infancias y adolescencias. Informe final.
- Naciones Unidas (2019) *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*.
- Parra, A. Gallosi, Novellino, X., Baffo, De Gregorio, M.G., Paulín Devallis, M., Amiot Gaspio, M.T., Moira, A. (2015) Buenas prácticas en Salud Mental infantil: estudio de dispositivos de Salud Mental orientados a niñas y niños en los sistemas públicos de salud de Río Negro y Neuquén. En Alejandra Barcala y Leandro Luciano (Comp). *Salud Mental y Niñez en Argentina*. 233-250. Buenos Aires: Teso
- Parra, A. (2018) *Cuidar las infancias. buenas prácticas en salud mental infantil en los sistemas públicos de salud de Río Negro y Neuquén (2014-2016)*. Buenos Aires. Teso
- Pedernera L, Doz Costa J. (2020) Víctimas Silenciosas y Silenciadas, Infancias y Adolescencias en Cuarentena. CDNU, Disponible en: <https://www.cdnuruguay.org.uy/noticias/informe-victimas-silenciosas-y->

Pérez Manrique, (2008) *Derecho a la Confidencialidad. Marco Legal*. Conferencia. Asociación Internacional Mercosur de Jueces. Montevideo, 2008

Ramírez, A.R. (2012) La vida buena como "riqueza" de las naciones. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, I-II(135-136),237-249. ISSN: 0482-5276. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15324015018>

Ramírez, A.R. (2018). *La vida y el tiempo. Apuntes para una teoría ucrónica de la vida buena a partir de la historia reciente del ecuador*. Universidad de Coimbra.

Sparks, J; Duncan,B (2012) en Olfman S. y Robbins BD (editors) *Drugging our children: how profiteers are pushing antipsychotics on our youngest, and what can do to ship it*. USA: Praeger 2012, p 81-98

Stolkiner, A. (2011) *¿Qué es escuchar un niño?: Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud*. (Conferencia). III Simposio Internacional sobre Patologización de la Infancia. 2-4 de junio 2011. Buenos Aires.

Stolkiner, A, Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. 2012, Vol. XXIII: 52 - 56

UNICEF (2021) *Estudios sobre los efectos en la salud mental de niños, niñas y adolescentes por COVID-19*.

UNICEF (2019) *Mental Health and Psychosocial Technical Note*.

ANEXO: Cuadro: Dimensiones de análisis propuestas por los adolescentes

	DIMENSIONES DE ANÁLISIS (CATEGORÍAS)			
	Condiciones materiales	Condiciones emocionales		
		Individuales	Colectivas	
		Tiempo dedicado a la contemplación-ocio- naturaleza- cultura	Tiempo dedicado a la amistad y el amor. Vínculos y relacionamientos	Tiempo a la participación pública
INDICADORES	Lugar físico o comodidades básicas	Necesidad educación: -Ir al liceo	Necesidad de relacionamiento presencial y virtual	Necesidad de pertenencia a colectivos
	Comida	Contacto con la naturaleza	La mirada de los otros	
	Ropa, especificidades de la ropa	Relacionamiento con la cultura	La construcción de identidad	
	Juegos o juguetes	Tiempo para la intimidad	Deporte	
	Internet	Vínculo consigo mismo		
	Ampliación de las necesidades básicas por sociedad de consumo			
	TENER	SER	ESTAR	