

Discursos de profesionales y adolescentes sobre el acceso de esta población a los Servicios de Salud en Venezuela, 2017¹

Discourses of professionals and adolescents about the access of adolescents to Health Services in Venezuela, 2017

Henny Heredia^a

 <https://orcid.org/0000-0002-4609-0481>

E-mail: hennyluzhm@hotmail.com

Elizabeth Artmann^b

 <https://orcid.org/0000-0002-8690-5964>

E-mail: bethartmann@gmail.com

^aInstituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon". Coordinación de Epidemiología. Maracay, Aragua, Venezuela.

^bFundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumen

El objetivo fue analizar los discursos de profesionales y adolescentes sobre los factores que dificultan y potencializan el acceso de esta población a los servicios de salud (SS) y los efectos que generan en el alcance de la equidad en un estado de Venezuela. Se realizaron 12 entrevistas con adolescentes y 12 con profesionales, teniendo como base el Análisis Crítico del Discurso (ACD) y la estructura triangular de Thiede, Akweongo y McIntyre. Los resultados se estructuraron en tres temas: el poder de los estereotipos y creencias; la ley al margen del derecho a la salud y construyendo prácticas humanizadas. El marco jurídico-legal admite contradicciones inaceptables que amplían las desigualdades. La edad predomina como una barrera para atender a adolescentes solas/solos, aunque no es percibida como tal por profesionales y está naturalizada como requisito obligatorio. Las/los adolescentes reivindican el derecho de ser respetados, escuchados y atendidos solos. Unos profesionales defienden aplicar de forma rígida normas que limitan el acceso, y otros intentan generar formas que lo garanticen. Los discursos que confrontan el hegemónico deben ser valorizados porque muestran que es posible facilitar el acceso con estrategias que se centren en los usuarios. La confianza aparece como un valor importante en la formación de vínculos entre profesionales/adolescentes. La brecha entre perspectivas de profesionales/adolescentes influenciada por la cultura

Correspondência

Henny Heredia

Av. Bermúdez Sur. Maracay, Aragua 2101, Venezuela. CP 2101.

¹ Este trabajo fue realizado con el apoyo del Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela, de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) y del Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG) de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) en parceria con el Conselho Nacional para Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) y el Ministério de Relações Exteriores (MRE) del Brasil. Las autoras también agradecen al Instituto Fernandes Figueira (IFF) y la Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) de la Fundação Oswaldo Cruz.

organizacional son elementos para (re)pensar nuevas posturas institucionales en los SS que faciliten el acceso. El ACD permite dar voz a grupos minoritarios (adolescentes), identificando estrategias para alcanzar la equidad en el acceso a los SS.

Palabras claves: Adolescente; Servicios de Salud; Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud; Estereotipo.

Abstract

The aim was to analyze the discourses of professionals and adolescents about the factors that hinder and potentiate this population's access to health services (HS) and the effects it generates in the scope of equity in a Venezuelan state. Twelve interviews were conducted with adolescents and 12 with professionals, based on the Critical Discourse Analysis (CDA) and the triangular structure of Thiede, Akweongo and McIntyre. The results were structured around three themes: the power of stereotypes and beliefs; the law outside the right to health; and building humanized practices. The judicial-legal framework admits unacceptable contradictions that amplify inequalities. Age predominates as a barrier to consultation for alone adolescents, although it is not perceived by professionals and is accepted as a mandatory requirement. Adolescents claim the right to be respected, listened and cared when they are alone. Some professionals defend the rigid application of norms that limit access, and others try to generate forms to guarantee rights. The discourses that confront the hegemonic must be valued because they show that it is possible to facilitate the access with strategies that focus the users. Trust appears as an important value in the formation of links between professionals/adolescents. The gap between professional/adolescent perspectives influenced by organizational culture are elements for (re)thinking new institutional positions in HS to facilitate the access. The CDA makes it possible to give a voice to minority groups (adolescents), identifying strategies to achieve equity in access to the HS.

Keywords: Adolescent; Health Services; Equity in Access to Health Services; Stereotype.

Introducción

Las representaciones culturales son creencias, ideas y significados que la sociedad utiliza para organizar la realidad y se construyen, transmiten y transforman, entre otros, por medio del discurso. El género es una representación cultural, que contiene los valores, prejuicios, ideas, normas, deberes, prohibiciones y roles diferenciados, construidos y naturalizados socioculturalmente, que determinan lo que “es ser hombre y ser mujer”, como sus relaciones recíprocas (Caricote, 2006). Las representaciones culturales de género se manifiestan mediante estereotipos, o “generalizaciones preconcebidas sobre atributos/características de la gente en los diferentes grupos sociales” (Colás Bravo; Villaciervos Moreno, 2007, p. 38). Los estereotipos de género se aprenden desde la infancia y son la base de la construcción de la identidad de género de las/los adolescentes (Colás Bravo; Villaciervos Moreno, 2007), al conducirlos “a interiorizar patrones de comportamiento esperados, los cuales determinan las expectativas existentes para hombres y mujeres” (Henriques-Mueller; Yunes, 1993, p. 47).

La adolescencia como construcción social está asociada a la imagen estereotipada de etapa conflictiva y de riesgo a: embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, libertinaje sexual, consumo de drogas/alcohol, violencia, rebeldía, suicidio, entre otros. Sin embargo, varios estudios concluyen que ésta no es una etapa más complicada que las otras (Alonso; Luján; Machargo, 1998). Existen creencias/mitos y discursos hegemónicos en América Latina que estigmatizan e invisibilizan a las/los adolescentes, a través de concepciones que las/os caracterizan como seres incompletos, inmaduros, sin capacidad de razonamiento, inseguros de sí mismos, peligrosos; otras refuerzan ideas de que los adolescentes no se enferman, durante la adolescencia los problemas son solo sexuales o, por el contrario, los adolescentes son asexuados (Chaves, 2005; Checa; Tapia, 2016; Correa; Cubillán, 2009).

Los estereotipos de género afectan de forma desigual a las/los adolescentes. En el modelo de masculinidad hegemónica se prepara a los chicos para tener un mayor desempeño sexual, utilizar

la fuerza física y reprimir sus emociones. En contrapartida, las chicas son formadas para la maternidad, el cuidado de los otros y la predisposición al amor (Caricote, 2006). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la desigualdad en las normas y estereotipos de género producen sesgos en las políticas, las instituciones y la programación, incidiendo de forma negativa en la eficacia de los servicios de salud (SS) y el acceso a éstos. En las instituciones de salud, ese sistema de creencias y valores compartidos por trabajadores/usuarios, por medio del discurso (entre otros mecanismos), opera de forma invisible, jugando un papel preponderante en la definición de la cultura organizacional y esta a su vez ejerce una fuerte influencia en las prácticas de los prestadores de SS (Gilson, 2014).

En los países de bajos y medianos ingresos, las/los adolescentes son uno de los grupos peor atendidos y los que menos utilizan los SS (Kruk et al., 2018). La oferta generalmente se restringe al embarazo en adolescentes y al VIH, obviando otras necesidades en materia de salud de esta población (Global..., 2018; OMS, 2014). Los datos que se producen sobre el acceso y la calidad de la atención de las/los adolescentes son escasos, limitando la generación de medidas sobre “resultados de salud, confianza de los usuarios en el sistema, nivel de adecuación del sistema y experiencias de los usuarios” (Kruk et al., 2018, p. e1197, traducción nuestra).

Para Thiede, Akweongo y McIntyre (2014), el acceso a los SS no se restringe al uso de éstos, y se refiere más a la “libertad” de usar tales servicios. Los autores proponen analizar el acceso mediante tres dimensiones interrelacionadas entre sí: disponibilidad (acceso físico); viabilidad financiera (acceso financiero) y aceptabilidad (percepción de usuarios y prestadores). El concepto se fundamenta en la interacción y el ajuste del sistema de salud con los factores individuales y comunitarios (Thiede; Akweongo; McIntyre, 2014).

La aceptabilidad entendida como “la distancia social y cultural entre los sistemas de salud y sus usuarios” (Gilson, 2014, p. 163) abarca tres componentes: adecuación entre las convicciones de usuarios y profesionales sobre la salud; compromiso y diálogo entre prestador/usuario; y la influencia de los ajustes organizacionales en las reacciones de los

usuarios a los SS. Aquí se considera la interacción entre las expectativas de los usuarios sobre los profesionales y los establecimientos de salud, así como la de los prestadores con respecto a los usuarios (Thiede; Akweongo; McIntyre, 2014).

En tal sentido, las mejoras en el acceso dependen de la interacción comunicativa entre los actores involucrados (Aitken; Thomas, 2004; Thiede; Akweongo; McIntyre, 2014). Este proceso dinámico representa el potencial para relacionarse y hacer ajustes que permitan un mejor funcionamiento del sistema de salud, además de ser el eje norteador para promover el acceso equitativo. Por tanto, la acción política para abordar las dimensiones del acceso debe estar basada en informaciones cualitativas sólidas, además de las cuantitativas tradicionalmente utilizadas (Thiede; Akweongo; McIntyre, 2014).

La perspectiva de los actores que hacen vida en los SS -gerentes, prestadores, profesionales y usuarios- es fundamental para comprender los problemas relacionados al acceso y las posibles estrategias para enfrentarlo (Esposti et al., 2015), más aún en el caso de la población adolescente que poco utiliza estos servicios. En este estudio, esa perspectiva será explorada por medio del discurso, ya que éste contribuye a la construcción de: identidades sociales y posiciones de sujetos; relaciones sociales entre las personas; y de sistemas de conocimientos y creencias (Fairclough, 2001). Además, el discurso tiene un papel fundamental como acto en la interacción (constitutivo de las organizaciones o de las relaciones sociales entre grupos); así como en la expresión y la (re)producción de conocimientos, ideologías, normas y valores que compartimos como miembros de grupos, y que en su turno regulan y controlan los actos e interacciones (Van Dijk, 2013). La dialéctica entre acción comunicativa y discurso permite la construcción del entendimiento entre los participantes de la interacción y el cuestionamiento de patrones culturales tradicionales (Habermas, 2012).

La agenda 2030 se propone garantizar el acceso a la prestación de SS de forma universal, equitativa e integral, priorizando intervenciones en salud sexual y reproductiva (SSR), relacionadas a mejoras en la salud materna, infantil y de las/los adolescentes (OMS, 2018; ONU, 2019). El acceso universal es

definido como “la ausencia de barreras geográfico/económico/sociocultural, de organización o de género [...] que se logra a través de la eliminación progresiva de barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa” (OPS; OMS, 2014, p. 4).

En Venezuela a pesar de los esfuerzos realizados para ampliar la cobertura del primer nivel de atención en salud (70% para 2016) (Venezuela, 2016), persisten barreras de acceso a los SS que excluyen, entre otros grupos, a las/los adolescentes. Las coberturas de este grupo son de las más bajas, aún en las entidades federales que tienen suficientes servicios de salud; la natalidad en adolescentes es una de las más altas de América Latina; los datos sobre la salud de las/los adolescentes y su acceso a los SS son escasos; así como los estudios sobre esta temática (Venezuela, 2012).

En este artículo se analizaron los discursos de profesionales y adolescentes sobre los factores que dificultan y potencializan el acceso de esta población a los servicios de salud y los efectos que generan en el alcance de la equidad, en un estado de Venezuela, priorizando la dimensión de la aceptabilidad.

Metodología

Se trata de un estudio del análisis de discurso, realizado en el estado venezolano de Nueva Esparta, que buscó comprender la articulación de la producción discursiva sobre los factores que dificultan y potencializan el acceso de las/los adolescentes en su contexto histórico-social, bajo la perspectiva de la Teoría Social del Discurso, utilizando el Análisis Crítico del Discurso (ACD) de Fairclough (2001) y la dimensión aceptabilidad del acceso según el marco conceptual de Thiede, Akweongo y McIntyre (2014) y Gilson (2014). Este estado fue seleccionado porque las áreas de responsabilidad de los establecimientos de salud estaban delimitadas y contaban con los equipos básicos de salud, aunque no completos (Heredia-Martínez; Artmann, 2018). Entre septiembre/octubre de 2017 se realizaron entrevistas semiestructuradas con 12 adolescentes (de ambos sexos, entre 10 y 19 años, usuarios y no usuarios de los servicios de

salud) y 12 profesionales (4 médicos, 4 enfermeras/auxiliares de enfermería y 4 promotores de salud/trabajo social), de 12 establecimientos de salud, 6 del primer nivel de atención, 3 del segundo y 3 del tercero.

El ACD enfatiza la comprensión de las relaciones entre desigualdades sociales y las formas como los textos son utilizados para denotar poder/dominación e ideología (Iñiguez, 2005). Tiene interés especial en desvendar como a través del discurso se (re) producen las desigualdades sociales que afectan principalmente a los grupos minoritarios, así como las posibilidades de cambios sociales por medio de éste. Se siguió el modelo propuesto de análisis tridimensional del discurso. La primera dimensión incluye las categorías de análisis textual. La segunda dice respecto a la práctica discursiva, en esta se analizan las actividades cognitivas de producción, distribución, consumo del texto, como también la coherencia, la intertextualidad y la intercurividad. La tercera se refiere a la práctica social, relacionada con la ideología y la hegemonía en la instancia discursiva analizada (Fairclough, 2001).

Los resultados se estructuraron por temas, tomando como ejes norteadores del análisis la categoría del acceso aceptabilidad y sus componentes (Thiede; Akweongo; McIntyre, 2014). A partir de los elementos textuales, se realizaron los análisis de coherencia y cohesión. Se identificaron la estructura de la argumentación de los enunciados, la forma de relación de las oraciones y su racionalidad.

Se identificaron dispositivos analíticos adicionales: metáfora, interdiscursividad, ironía, modalidad y pulidez, para aproximar el objeto discursivo del proceso social donde es producido y pasar del objeto discursivo para el proceso discursivo.

Las entrevistas grabadas fueron transcritas, manteniéndose la expresión fiel del español hablado con la finalidad de preservar todas las partículas discursivas y mantener los sentidos producidos en la enunciación. Las referencias a las entrevistas fueron codificadas: Entrevistas con Profesionales (EP), Entrevistas con Adolescentes (EA).

El estudio siguió los principios éticos de la investigación con seres humanos. Fue aprobado por el Comité de Ética de la Dirección de Investigación

del Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) de Venezuela, el 03/04/17 bajo el número 003/2017, como por la Dirección Estatal de Salud del estado Nueva Esparta el 12/04/17. El consentimiento libre e informado se obtuvo de cada adolescente, con la previa autorización de los padres o representantes, así como de los profesionales de salud que aceptaron participar en la investigación.

Contexto enunciativo

La Misión Barrio Adentro, junto con las demás instituciones prestadoras de SS, ampliaron la cobertura de estos servicios a la población excluida (Briggs; Mantini-Briggs, 2007; OPS, 2006). Se priorizó el fortalecimiento de la red de Atención Primaria en Salud, pasando de 4.605 establecimientos de salud en 2003 a 12.515 en 2016 (OPS, 2007; Venezuela, 2016), una ampliación de 172%. No obstante, persisten: la fragmentación operativa de la provisión y financiamiento de los SS; la segmentación institucional del sistema de salud (Bonvecchio et al., 2011; Madies; Chiarvetti; Chorny, 2000; OPS, 2007); la escasez de recursos humanos y una distribución desigual de los mismos; la existencia de puntos geográficos que concentran la oferta; las dificultades para el trabajo en redes integradas; y el alto gasto privado por lo que el derecho a la salud depende de la capacidad de pago de los venezolanos (Roa, 2018). La crisis económica del país agudizó los problemas de acceso a medicamentos, métodos anticonceptivos, como a los SS debido a la escasez de insumos y equipamientos (Roa, 2018).

En 2017 de los 31.431.164 habitantes, 5.558.445 eran adolescentes de 10 a 19 años (18%).² En el MPPS, la atención diferenciada según las necesidades de las/los adolescentes es reglamentada por la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia (NOAISSR), en el subproyecto de “Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia” con seis áreas de intervención, donde el acceso a los SS es transversal para el cumplimiento de los objetivos (Venezuela, 2013). El Programa de Salud del Adolescente (PSA/MPPS) funciona con presencia limitada a nivel de los estados: de las 24 entidades federales, sólo 14 tenían al menos una consulta diferenciada para adolescentes en 2017. Los porcentajes de cobertura son bajos en los estados que notifican al PSA.

Entre las principales condiciones jurídicas de las/los adolescentes en Venezuela se destacan: mayoría de edad a partir de los 18 años; responsabilidad penal a partir de los 12 años; edad para atención en los SS sin los padres/representantes, 15 años; edad de consentimiento para las relaciones heterosexuales/homosexuales, 16 años; y matrimonio/unión civil con el consentimiento de los padres/tutores/jueces, 16 años para los adolescentes y 14 años para las adolescentes (Venezuela, 2015). El Código Penal en el artículo 435 prohíbe el aborto en sus diferentes formas, excepto cuando está en riesgo la vida de la mujer (Venezuela, 2000).

Resultados y discusión

Todas las enunciaciones discursivas, organizadas por temas y trechos numerados son presentadas en el Cuadro 1.

Cuadro 1 – Enunciaciones discursivas de adolescentes y profesionales sobre factores que dificultan y potencializan el acceso de esta población a los SS, Nueva Esparta, Venezuela, 2017

Temas	Trechos de adolescentes	Trechos de profesionales
El poder de los estereotipos y creencias: “del aborto y la sexualidad no se debe hablar”	[1] <i>Bueno que nos vean iguales que un adulto, que nosotros ya estamos en capacidad de entender las cosas y que nos apoyen, que nos orienten (EA6).</i>	[4] <i>Yo siento que no le hemos dado suficiente importancia a la parte de la adolescencia, de por sí es una edad difícil en la que se presentan muchas incógnitas, y problemas [...] Ahorita, incluso seguimos viendo como un tabú la parte de la orientación sexual, incluso hay médicos que no les gusta tocar ese tema porque no se sienten</i>

continúa...

² VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular de Planificación. Instituto Nacional de Estadística. *Proyecciones de población*. c2011. Disponivel em: <https://bit.ly/2nXa6XX>. Acesso em: 30 set. 2019.

Cuadro 1 – Continuación

Temas	Treichos de adolescentes	Treichos de profesionales
	<p>[2] Primero que nada tomar iniciativa, no con los adolescentes, sino con los padres, porque los que les inculcan el miedo a los adolescentes de ir a los servicios de salud muchas veces son los padres (EA1).</p> <p>[3] la cultura nos ha hecho ver que del aborto y la sexualidad no se debe hablar [...] por eso siento que no son directos [los profesionales], ¿quieren explicar algo?, expícalo directo al clavo [...] el aborto se tiene como súper malo y si una persona aborta está mal [...] y es algo que me parece ilógico, debería estar legalizado, porque me parece injusto que digan que la mujer no tiene derecho a decidir sobre su cuerpo porque el feto es un cuerpo individual, ¿pero quién lo carga encima? (EA12).</p>	<p>preparados pues. Yo siento que nosotros necesitamos mayor capacitación sobre eso, [...] que nos instruyan de cómo manejar esa etapa que es tan complicada (EP6).</p> <p>[5] Que siempre tienen el miedo de preguntar, de acercarse, la pena de, de decir no sé, nunca quieren preguntar nada, siempre están así eh... como cohibidos con, con nosotros [personal de salud] (EP10).</p> <p>[6] Bueno, lo más difícil es que a veces le mienten a uno. Entonces uno tiene que buscar, eh... este como dice uno "buscarle la vuelta" para poder dar con la situación, pues (EP12).</p> <p>[7] pueden ser cuestiones que estén dentro de ellos mismos que les dé como que cierta cuestión, porque de repente yo este tengo 12 años y tuve mi relación sexual y estoy embarazada y me da temor a que la trabajadora social es amiga de mi mamá vaya y se lo diga, o que yo me practiqué un aborto [...] o que vengo a buscar condones y no quiero que mi mamá se entere (EP1).</p>
<p>La ley al margen del derecho a la salud: "A las camisitas azules no"</p>	<p>[8] que no me atiendan porque no estoy acompañado de un representante o que por ser alguien este menor, este no me hagan caso y eso, porque no está una figura mayoritaria [adulto] (EA3).</p> <p>[9] Bueno que principalmente a la hora que lleguen los adolescentes, no tienes que tratarlos aparte de porque tú eres menor de edad, tienes que darle la mejor atención, igualdad, equitativa a que si es un adulto [...] no porque seas un adolescente tienen que tratarlo menos mejor que a otra persona [...] si acaso te deberían más bien prestar más atención que a otra persona, ya que tú todavía eres un adolescente que está cambiando y todo eso [...] últimamente las atenciones para los adolescentes están patéticas (EA5).</p> <p>[10] te tratan como si fueras inservible pues, hasta que no cumplas los 18, incluso cumpliendo los 18 te siguen tratando así. ¡Porque estoy en plena etapa de crecimiento, no soy inútil! Talvez no pueda hacer mucho por mi propia cuenta, pero puedo dar mi opinión que es lo que más importa (EA12).</p>	<p>[11] Ohhh en realidad por ninguno, solo en casos especiales cuando son menores de edad que vienen sin el representante, se les explica, si son de 17, de 16 años se hace una excepción y se atienden [...] pero de resto a todos los vamos a atender, a todos los atendemos (EP9).</p> <p>[12] Mira no se le negaría la consulta, por lo menos le exigimos con respeto, o sea, que "si eres adolescente, tienes que venir obligatoriamente con tu representante" [...] porque la mayoría de las veces le explicamos, pero a veces llegan, la mamá "nooo, ella no me supo explicar esto" y siempre hay un mal entendimiento y entonces lo que tratamos es eso pues (EP11).</p> <p>[13] Bueno, lo más difícil es a veces que se nos dificulta el saber en el momento de atenderlos, hay como ciertas barreras que nos impiden atenderlos a ellos, que uno se sienta seguro, sí voy a atenderlo [...] o no voy a atenderlo, yo me hago responsable y que eso nos acarrea una responsabilidad que no debemos asumir y lo que puedan pensar los representantes (EP2).</p> <p>[14] yo no sé hasta qué punto es legal [risas], entonces eso a mí me da un poco de miedo porque yo trato es de ayudar y no me quiero meter en un problema por ayudar (EP13).</p> <p>[15] no sé si todos [el equipo de salud] tienen la misma perspectiva que yo, de que así vengan solos, ¡atiéndelos!, este, que es lo más común. El día que vino la paciente esa de 15 años, todo el mundo me dijo "¿Mira le vas a hacer la citología?", las enfermeras todo el mundo. Y yo, mi amor, firma aquí vamos a hacerte la citología, porque la necesitaba, o sea, ya estaba viviendo con su pareja, ya prácticamente era en teoría, entre comillas "adulto", porque ya tenía una familia, entre comillas, sin hijos, pero está viviendo con la pareja aparte, sin los padres (EP13).</p>

continúa...

Cuadro 1 – Continuação

Temas	Trechos de adolescentes	Trechos de profesionales
		<p>[16] <i>El que los atienda sin el representante es un facilitador del acceso, sí, sí, porque antes yo me cohibía de atender adolescentes en la consulta [...] pero he visto que, eso, eso no está bien, porque muchos están faltos de padres, tan simple como eso pues, tienen 16 o 14 años pero viven casi que solos [...] entonces guao me parece que no es justo que no reciban atención por esto</i> (EP4).</p> <p>[17] <i>Cuando “las camisitas azules” pasan a cuarto, ya ese es el grupo que me toca, pero así de que yo voy a darle preservativos a “las camisitas azules” no, ellos no, no les entrego, porque yo digo no, este, ellos apenas tienen 12, 13 años, apenas están iniciándose, pero mí responsabilidad es la que tengo que salvar [...] incluso los de “las camisitas marrones” este “beige” me dicen: “Ay profe si esos muchachos de tercer año son más pilas que nosotros”. Y realmente los índices de embarazo más que todo se consiguen es entre los de segundo y tercer año</i> (EP1).</p>
<p>Construyendo prácticas humanizadas: encuentros y desencuentros</p>	<p>[18] <i>O sea que tú llegues a un lugar y te traten de una forma educada, no con gritos, no con mal aspecto, no con una cara de chupada de limón, porque o sea tú para ser un doctor, uno tiene que agarrar y ser sociable con la persona y hablarle y hacerle sentir confiada [...] que pueda ayudar al paciente y que no te trate de una manera demasiado como que ahhh “yo soy doctor, yo soy mejor que tú y tengo un postgrado y tú no tienes nada”, ¿me entiende?</i> (EA10).</p> <p>[19] <i>ehhhh tenerle una atención especial a los adolescentes pues, que no sea un trato común y corriente, porque es un caso eh hh diferente pues [...] Que tengan una atención personalmente y privada, porque, esa muchacha que viene embarazada tuvo el valor de venir, aun así haya hecho lo que haya hecho, entiende?, tuvo el valor y la confianza de lo que no le dice a sus padres, decírselo a un doctor. Y no es que vaya a ser mal atendida y que más nunca quiera volver a venir</i> (EA4).</p> <p>[20] <i>son doctores, pero a veces no ven las cosas desde la otra perspectiva [...] les diría que se pusieran en el lugar del adolescente y que pensarán como un adolescente, ¿qué haría en su lugar? y que vieran el dolor que está sufriendo ¿cómo se siente? y poder ayudarlo</i> (EA7).</p> <p>[21] <i>pienso que deberían informarnos acerca de los servicios que nos prestan debido a que es para nosotros mismos y para nuestra salud</i> (EA1).</p>	<p>[22] <i>Faltaría informarles a los adolescentes los servicios que tenemos para ellos le damos tanta importancia a aquello de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, a la prevención del embarazo en adolescentes que obviamos la otra parte, no le damos la importancia al tema de los servicios</i> (EP5).</p> <p>[23] <i>un maltrato también puede ser cuando no consigue nada, que la mayoría vienen es a conseguir, pero si no se puede [...] entonces no lo toman del punto de vista que no es que no podemos nosotros, sino que nosotros no queremos darle, ¿ves?</i> (EP11).</p> <p>[24] <i>nosotros como personal de salud debemos darle la confianza de ellos expresarse con nosotros, porque si no le damos la confianza, jamás ellos van a expresarse hacia nosotros, debemos ser carismáticos, debemos ser cariñosos, debemos atraerlos más bien y no, no alejarlos</i> (EP7).</p> <p>[25] <i>Por ejemplo, aquí llega una y dice, “no, es con la doctora María”, no quiere que otro médico me atienda si no es la doctora María, por la confianza hay ¿ves? Igual con las enfermeras, siempre te dicen, no yo estoy buscando a la enfermera tal. ¿Ahhh y por qué no conmigo? “No, con ella porque ella me trata mejor que tú [risas]</i> (EP3).</p>

El poder de los estereotipos y creencias: “del aborto y la sexualidad no se debe hablar”

Las relaciones estructurales y de poder influyen la práctica de los profesionales y la cultura organizacional, como el comportamiento de usuarios/profesionales y sus interacciones (Gilson, 2014). La cultura puede ser tanto un recurso como un obstáculo en el proceso de cambios institucionales no siendo posible interferir directamente en ésta. Con todo, se pueden valorizar los trazos positivos de la cultura y abordarla como recurso (Artmann; Rivera, 2006; Habermas, 2012). Las enunciaciones discursivas resaltan como la imagen estereotipada sobre las/los adolescentes marca la pauta en las expectativas de profesionales y usuarios (Treichos 1-8).

La creencia de que la adolescencia es una etapa complicada permea los SS (Treichos 4); esa imagen se utiliza para generalizar a “las/los adolescentes” como problemáticos/as e incomprensibles, aunque varios estudios ya han demostrado lo contrario (Alonso; Luján; Machargo, 1998). La baja prioridad que tienen las/los adolescentes en los servicios de salud también es reconocida en el enunciado. La dificultad de los profesionales para tratar temas relacionados con la orientación sexual continúa siendo “un tabú” en los SS, hay tendencia a estigmatizar las diferentes expresiones de la sexualidad y de las identidades sexuales que no se ajustan a las normas sociales, situación que afecta directamente a las/los adolescentes con orientaciones distintas a las hegemónicas (Colás Bravo; Villaciervos Moreno, 2007), como aquellos que están en la procura de una consejería para abordar esos temas. La capacitación a los profesionales aparece como una estrategia para mejorar la atención de la población adolescente.

El argumento de que el acceso es limitado por problemas propios de la/del adolescente es referido en varios enunciados de los profesionales (Treichos 5-7). Estas creencias constituyen una barrera velada que limita el acceso. La primera es que las/los adolescentes son “miedosos, penosos”, así el temor es referido en el sentido de un asunto propio del usuario y no buscando comprender por qué actúan de esa manera (Treichos 4). Algunas veces esa actitud puede estar relacionada con la incomodidad/

vergüenza de hablar sobre su sexualidad o por la falta de sigilo/privacidad (Global..., 2018; Henriques-Mueller; Yunes, 1993).

Otro estereotipo es que las/los adolescentes son “mentirosos” (Correa; Cubillán, 2009), el recurso de la metáfora utilizado, “*buscarle la vuelta*”, tiene una connotación de un interrogatorio donde por cualquier falta o descuido del interlocutor, se pretende descubrir la verdad (Treichos 5). La confianza profesional/usuario, entendida como “una idea relacional, se fundamenta en la convicción del usuario de que el profesional actuará en su interés” (Gilson, 2014, p. 166). Esta ni siempre es cultivada, por el contrario, los estereotipos socavan las posibilidades de establecer un diálogo y vínculos con la/el adolescente, que demanda acciones comunicativas, en el sentido habermasiano (Habermas, 2012) en la búsqueda del consenso y no con acciones estratégicas para imponer el criterio desde los SS.

En otros casos, el tema del sigilo es identificado, sin embargo no es reconocido como barrera de los SS y sí como un asunto/problema de las/los propias/propios adolescentes (Treichos 6). El uso de “*cuestiones*”, “*cuestión*” muestra la imposibilidad de definir la barrera (Treichos 7). Seguidamente el profesional se coloca en el lugar de la/del adolescente, para citar ejemplos por los cuales no se utilizan los SS, todos referidos a la confidencialidad, pero, sin reconocer que estos servicios deben garantizarla (UNFPA, 2015). Por el contrario, con la frase “*dentro de ellos mismos*” se responsabiliza a la/al adolescente.

La preservación o no del sigilo es uno de los elementos utilizados por los profesionales para ejercer el poder (Gilson, 2014). Una característica fundamental de los SS adaptados para adolescentes es que puedan garantizar la confidencialidad y privacidad, tal y como es exigido para el resto de la población (Ford; English; Sigman, 2004; Venezuela, 2013). Algunos estudios muestran como las/los usuarias/usuarios adolescentes prefieren ser atendidos en establecimientos fuera de su comunidad, por temor a que sus padres se enterasen de su situación (Global..., 2018; OMS, 2018).

En contraposición a las creencias de los profesionales, las enunciaciones discursivas de

las/los adolescentes intentan des-construir esos estereotipos. Una expectativa de las/los adolescentes es ser “*vistos como adultos*” y tratados como tal (Trecho 1). Está referida a gozar de algunos privilegios y ser capaces de asumir responsabilidades (Chaves, 2005; Correa; Cubillán, 2009), esto implica, por un lado, la exigencia de ser atendidos en las mismas condiciones, porque también son sujetos de derecho (con respeto, sigilo, autonomía, entre otros) (Morlachetti, 2007; UNFPA, 2015) y, por el otro, demostrar que tienen capacidad cognitiva suficiente para comprender lo que será dicho en la consulta y para cuidar de sí (Checa; Tapia, 2016).

En el Trecho 2 con el uso del “*sino*” se contraponen dos ideas para reforzar la necesidad de trabajar primeramente con los padres, quienes aparecen como figura de autoridad para inculcar miedo sobre los SS. Las/los adolescentes en los diferentes espacios donde se desenvuelven están sometidos a relaciones asimétricas de poder (familia/padres, escuela/maestros, SS/profesionales). Así su capacidad para acceder a los SS, independientemente de sus padres, es limitada (Global..., 2018), más aún cuando el propio sistema de salud lo impone como requisito de ingreso. Este enunciado revela la importancia de los padres/representantes como actores clave para mejorar el acceso a los SS, ya que pueden ser la barrera principal, trazar estrategias para involucrarlos en el proceso de atención es fundamental, sin que esto genere un obstáculo para el acceso de las/los adolescentes cuando demanden la atención sin la presencia de los padres. A pesar de las asimetrías implícitas en el cuidado, una dinámica relacional que redunde en confianza, cuyo núcleo central ético sea el respeto mutuo es posible si los SS se abren para la escucha de los usuarios, en el caso de este estudio, de las/los adolescentes y sus padres (Artmann; Rivera, 2006).

El acceso a información sobre temas como aborto y sexualidad es limitado, ya que continúan siendo un tabú en la sociedad venezolana. A pesar de estar inscritos en el conjunto de servicios que se deben prestar, son difíciles de tratar por los profesionales, más aún con las/los adolescentes. El enunciado del Trecho 3 es categórico al afirmar que de esos temas no se habla, al tiempo que manifiesta las dificultades de los profesionales para tratarlos. La metáfora

de “ir directo al clavo” es usada para denotar una explicación sin rodeos. A los adultos (incluidos los profesionales) “hablar de sexualidad o temas controversiales como el aborto puede producirle miedos y confrontarlos con sus propias dificultades e incertidumbres” (Correa; Cubillán, 2009, p. 9).

Es argumentado el desacuerdo con la no legalización del aborto, por atentar contra la autonomía de la mujer a decidir sobre su cuerpo. Los adjetivos “ilógico, injusto” subrayan lo absurdo/arbitrario de la situación. La legislación venezolana prohíbe el aborto y sólo es admitido cuando la vida de la mujer está en peligro (Venezuela, 2000). Se trata de un enunciado que cuestiona el discurso hegemónico.

En varios países de América Latina y el Caribe, los estereotipos analizados imperan y limitan el acceso de las/los adolescentes a los SS, su deconstrucción pasa por reconocerlos y trazar estrategias/acciones que combinen cambios en las prácticas de gestión y en la cultura organizacional (Caricote, 2006; Morlachetti, 2007; UNFPA, 2015). Ciertas tradiciones culturales pueden ser criticadas a partir del discurso y permitir la construcción de nuevos consensos y nuevas posturas institucionales (Artmann; Rivera, 2006; Habermas, 2012).

La ley al margen del derecho a la salud: “A las camisitas azules no”

La edad para ser atendido sin los padres/representantes es señalada por las/los adolescentes como un obstáculo (Trenchos 8-9). La figura del adulto es mencionada dos veces como requisito para la atención (Trecho 8); el enunciado enfatiza en primera persona las restricciones que debe enfrentar por ser adolescente (“*no me hagan caso*”), al no ser reconocida/reconocido como sujeto de derecho en los SS (Morlachetti, 2007). La atención discriminatoria hacia las/los adolescentes existente en los servicios de salud se destaca con las frases “*tratarlos aparte*”; “*tratarlo menos mejor*”. Para algunos autores (Global..., 2018) generalmente los niños y adultos son mejor atendidos y estos grupos históricamente han estado dentro de las prioridades de los sistemas de salud con mayor énfasis por programas estructurados y recursos asignados, a diferencia de las/los adolescentes.

En el Trecho 9, lo recomendado en las políticas de SS para adolescentes (Global..., 2018; Venezuela, 2012) se resalta con los adjetivos “*igualitaria*” y “*equidad*”, como la importancia que “*debería*” tener esta población para los SS. El adjetivo “*patético*” señala la insatisfacción y el abandono particularmente manifiesto que sufren las/los adolescentes por los servicios de salud (Global..., 2018). El enunciado enfatiza que por ser “menor de edad”, deberían tener consideraciones diferenciadas.

El Trecho 10 revela la escasa autonomía que la sociedad le otorga a las/los adolescentes (Morlchetti, 2007) y, al mismo tiempo, muestra como en la medida en que aumenta la capacidad analítica y el sentido crítico de las/los adolescentes, éstos cuestionan las reglas/normas impuestas en la sociedad. Así, a pesar de sus limitaciones, la/el adolescente comunica su capacidad de opinar, que muchas veces es obviada por los adultos (equipo de salud/padres/representantes). Los adjetivos “*inservible*”, “*inútil*”, resaltan, por un lado, la presencia del estereotipo que las/los adolescentes son incapaces (Chaves, 2005) y, por el otro, la sensación de repudio/rabia/frustración de la/del adolescente con el trato que recibe.

En los enunciados discursivos de los profesionales (Tremos 11-12), se utiliza la estrategia de concesión aparente (Van Dijk, 2013) del acceso a menores de edad y enseguida se emplea el recurso de modalidad y expresiones de cortesía, para decir de forma amena que las/los adolescentes sólo serán atendidas/atendidos con la presencia de un adulto (“*casos especiales*”; “*por lo menos con respeto*”). La barrera de la edad no es vista como tal, por el contrario, está naturalizada como un requisito obligatorio que afecta a casos excepcionales. Esto se enfatiza en el Trecho 11 con la frase “pero de resto” y es justificada por el estereotipo que las/los adolescentes no tienen la capacidad de entendimiento, ni el nivel de madurez para tomar decisiones sobre su salud (Checa; Tapia, 2016), referida en el Trecho 12, a través del recurso de la intertextualidad directa sobre lo que las madres alegan, con la frase “*no me supo explicar esto*”.

En la legislación, generalmente la edad aparece con una tendencia restrictiva al referirse a las/los adolescentes (Morlchetti, 2007). En Venezuela (2015), la Ley Orgánica para la Protección del Niño

y del Adolescente -LOPNA- establece que a partir de los 15 años las/los adolescentes pueden ser atendidos sin consentimiento por los programas y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSSR). Sobre los otros tipos de atenciones, no se hace mención, por lo que se pudiera interpretar es que en esos casos la/el adolescente sola/solo puede ser atendida/atendido. La primera contradicción de esta ley es que las/los adolescentes deben tener 15 años para ser atendidas/atendidos solas/solos en los SSSR, pero con 12 años ya pueden ser responsabilizadas/responsabilizados criminalmente (Venezuela, 2015). La segunda, es que en la ley hay una marcada preocupación por la salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes, más que por su salud integral. Y la tercera, es que el discurso predominante en los SS es el de no atender menores de edad (menores de 18 años) solas/solos, independientemente de lo que requieran.

El temor de los profesionales de no saber cuándo debe atenderse o no una/un adolescente aparece en los Tremos 13-14 y es reconocido como una barrera (Trecho 13). Los verbos son conjugados en primera y tercera persona, para manifestar la preocupación personal y del equipo de salud por la responsabilidad que deben asumir, sobre todo ante los padres/representantes. En el Trecho 14, las oraciones son construidas en primera persona, para indicar su inseguridad por desconocer las normas legalmente vigentes. Esa imposibilidad de discernir entre lo que se debe o no hacer, en el marco de lo “legal”, manifiesta las deficiencias del sistema de salud como organización, incapaz de establecer mecanismos para pactar con los profesionales y garantizar la atención de las/los adolescentes.

Para el profesional del Trecho 15, las/los adolescentes solas/solos tienen que ser atendidas/atendidos, porque frecuentemente no van con el representante. Sin embargo, como las prácticas organizacionales aceptadas/instituidas son contra, se generan tensiones (Gilson, 2014), de allí su temor manifestado en el Trecho 14. Con el recurso de la interdiscursividad directa ejemplifica las presiones de otros profesionales del equipo de salud, mencionando “las enfermeras”, grupo de poder/jerarquía dentro de los SS, así como la medida que implementó para “protegerse” (consentimiento informado).

El profesional ironiza con la expresión “*entre comillas*” para hablar figurada e metafóricamente de la condición de ser adulto, condición exigida por el equipo de salud para poder brindar la atención. La familia constituida por la adolescente es vista por el equipo de salud también *entre comillas*, más aún por tratarse de una chica que asistió sola (sin la pareja). La marcación de género es evidente en la sociedad venezolana patriarcal. Una adolescente a los 15 años que vive en pareja es mal vista, y en los SS ese estereotipo de género está presente, tanto que en algunos SS le exigen a la adolescente ir con su pareja para ser atendida, situación que no pasa con los varones. Así la edad enmascara los verdaderos motivos para negar la atención, muchas veces vinculados al sistema de creencias y valores que impera e influye en la cultura de las organizaciones de asistencia a la salud y esta a su vez modela el comportamiento de los trabajadores (Rivera, 2006).

El discurso predominante en los SS es que una/ un adolescente sin el representante no puede ser atendida/atendido. Sin embargo, hay enunciados donde emerge un discurso diferente al naturalizado (Trechos 16-17). Su concreción, a través de la implementación de estrategias centradas en las/los adolescentes, puede ser obstaculizada por la cultura organizacional (Gilson, 2014; Rivera, 2006). El profesional del Trecho 16 reconoce la atención sin los padres/representantes como un facilitador del acceso. Justifica que esa medida es necesaria ante la ausencia de los padres durante los horarios en que está abierto el establecimiento de salud. El “*guau*” denota asombro ante la inequidad que genera la no atención por ese motivo.

La edad no es sólo una barrera para el acceso a la atención, sino que restringe el acceso a los insumos, como por ejemplo los preservativos. Su aplicación en la práctica es contradictoria y está determinada por las actitudes de los prestadores de SS. El enunciado en primera persona es taxativo al indicar que a las/ los estudiantes de séptimo a noveno grado (“*las camisitas azules*”) no se les entrega preservativos (Trecho 17). El criterio para determinar la edad es el color de la camisa, que excluye al grupo entre los 12-15 años, a pesar de saber que en este se concentra el mayor número de embarazos. Con la interdiscursividad directa, el profesional trae la opinión de las/los adolescentes de cuarto y quinto

año (“*las camisitas beige*”), quienes hacen uso de una metáfora “*son más pilas que nosotros*” para denotar que las/los adolescentes más jóvenes, ya están iniciadas/iniciados sexualmente y por tanto necesitan recibir los preservativos. Más allá de su preocupación por la “responsabilidad” que debe asumir al entregar los preservativos, el profesional no aprueba que adolescentes entre 12 y 15 años se inicien sexualmente, siendo este el impedimento para entregarles los preservativos, a pesar de que el Programa de Salud Sexual y Reproductiva establece que en las actividades educativas se los debe ofrecer a todas/todos las/los adolescentes (Venezuela, 2013).

Construyendo prácticas humanizadas: encuentros y desencuentros

La atención de calidad y la humanización del cuidado son valorizadas en los enunciados de las/los adolescentes (Trechos 18-20). Actitudes y comportamientos respetuosos del prestador para con los usuarios, como buenas prácticas de comunicación son referidas en el Trecho 18 y contribuyen a crear vínculos de confianza (Artmann; Rivera, 2006; Gilson, 2014). El “*no con*” es utilizado tres veces para caracterizar el trato inadecuado. La frase “*cara de chupada de limón*” es un recurso metafórico que indica lo contrario a un trato digno, siendo éste uno de los aspectos de las prácticas éticas de los sistemas de salud (Global..., 2018). La competencia técnica también es exigida, tal y como lo conciben las prácticas humanizadas, en una atención de calidad se deben utilizar las tecnologías leves (de relacionamiento), como las duras y leve-duras que se requieran. La interdiscursividad directa al final del Trecho demanda una mayor horizontalidad en la relación entre profesionales y adolescentes no jerarquizada y de respeto (Ferreira; Artmann, 2018). Aunque la relación entre profesionales y adolescentes es asimétrica, configurada según las pautas aprendidas en la formación y en la práctica médica hegemónica (con énfasis en el caso de los médicos), es posible implementar acciones comunicativas que privilegien el encuentro de las convicciones de las/los adolescentes con las de los profesionales en la construcción de una cultura humanizada (Artmann; Rivera, 2006).

En el Trecho 19, se caracteriza la atención diferenciada como un facilitador del acceso, donde se privilegia la consulta personalizada, la privacidad y la confianza. En la atención primaria, cuando se trabaja desde el sistema de salud con abordajes “centradas en los usuarios”, encuentros personalizados con más tiempo entre prestador/usuario, como la continuidad del contacto, son estrategias clave para mejorar el acceso (Gilson, 2014; Global..., 2018). Otro punto levantado en este Trecho es como experiencias negativas con los SS pueden generar que las/los adolescentes no regresen.

Una barrera señalada (Trecho 20) es la dificultad que tienen los profesionales (médicos) de comprender las expectativas de las/los adolescentes. Se valoriza el reconocimiento de sus circunstancias específicas y la forma como el profesional demuestra consideración por ellos en los momentos de vulnerabilidad (Gilson, 2014). Así la expectativa es que el médico intente comprender lo que pasa con el otro (el usuario).

La promoción de los servicios ofertados para adolescentes es una práctica poco común en los SS, identificada como un posible facilitador en los Trechos 21 y 22. La información sobre la oferta de servicios disponibles para las/los adolescentes les permite sentirse que están incluidos en estos y puede ser un facilitador del acceso; además un componente que contribuye a fortalecer la confianza, es el conjunto de servicios ofrecidos (Gilson, 2014; Global..., 2018).

Si la organización de los SS no es capaz de responder a las necesidades, la confianza se verá afectada. El enunciado de un profesional (Trecho 23) hace referencia a esta situación como “maltrato”, porque el SS no puede ofrecerle a la/al adolescente lo que demanda. De allí que además de la competencia técnica (percibida) antes mencionada, se requiera disponibilidad de medicamentos, insumos y equipamiento, porque éstos influyen en las actitudes de los usuarios. La política implementada para ampliar la cobertura en el país en el primer nivel de atención, en algunos casos, omitió este aspecto y al no contar con los factores básicos de infraestructura, equipamiento, insumos/medicamentos, entre otros, el acceso queda restringido y se refuerza la desconfianza en los usuarios (Heredia-Martínez; Artmann, 2018).

La corresponsabilidad de los SS y sus profesionales en la creación de vínculos de confianza es destacada (Trechos 24-25). La opción de que la/ el adolescente pueda seleccionar el profesional con quien se quiere atender, es referida como un facilitador del acceso (Trecho 25), estrategia ya sugerida en estudios similares (Checa; Tapia, 2016). Con la interdiscursividad directa, el profesional explica como la confianza es determinante en la selección de un profesional específico por parte de la/ del adolescente (Trecho 25). En estas enunciaciones discursivas, los profesionales intentan (re)inventar la forma de prestar los SS a las/los adolescentes, valorizando prácticas humanizadas de la atención de esta población, como la calidad, la acogida y su reconocimiento como sujetos de derecho (Artmann; Rivera, 2006; Rivera, 2006).

Consideraciones finales

En Venezuela, las/los adolescentes continúan siendo uno de los grupos menos visibilizados y más estigmatizados en el sistema de salud, realidad común a varios países de América Latina y el Caribe (Morlachetti, 2007; Rodríguez, 2009; UNFPA, 2015). A nivel macro, desde el marco jurídico-legal se admiten contradicciones inaceptables que amplían las desigualdades: (1) las/los adolescentes deben tener 15 años para ser atendidos solos en los programas y SSSR, pero con 12 años ya pueden ser responsabilizados criminalmente. Por un lado, la salud de la/ del adolescente parece estar solamente restringida a la sexualidad y a la reproducción, y por el otro se refuerza la idea de relacionar las/ los adolescentes con la violación de las normas; (2) legalmente las chicas pueden contraer matrimonio/ unión civil con el consentimiento de los padres/ tutores/jueces a los 14 años, pero los chicos sólo lo pueden hacer a partir de los 16 años (Venezuela, 2015); y (3) una adolescente (como los otros grupos de la población femenina del país) tiene prohibido abortar, excepto cuando está en riesgo su vida (Venezuela, 2000).

En tal sentido, la producción discursiva de profesionales y adolescentes está fuertemente marcada por los estereotipos (incluyendo los de género) y creencias presentes en la sociedad

venezolana. La polarización (Van Dijk, 2013), característica clave en los discursos hegemónicos, destaca las características negativas de este grupo minoritario como “difíciles, mentirosos, poco comunicativos, sin capacidad cognitiva, entre otros”, lo que justifica las diferentes formas implementadas para argumentar “la no atención”, al punto que no es una preocupación la baja asistencia por parte de las/los adolescentes a los SS.

La edad aparece como una barrera naturalizada e instituida en los SS y en el marco jurídico-legal, en algunos casos es utilizada para solapar los verdaderos motivos de la no atención que tienen relación con: la no aceptación de que adolescentes ejerzan su derecho a iniciarse sexualmente; los temores de los profesionales de asumir responsabilidades ante los padres/representantes/sociedad; el desconocimiento y limitaciones para ofrecer consejería sobre temas controversiales como la homosexualidad, el aborto, entre otros. La edad representa diferentes tipos de barreras del acceso (a la atención, a preservativos, a la información), pero no se hace mención al marco legal, es decir, lo que establece la LOPNA -que también es limitativo- es obviado en los enunciados. Existen discursos que confrontan el hegemónico y deben ser valorizados porque muestran que es posible facilitar el acceso con estrategias que se centren en lo usuarios.

Al igual que otros estudios (Checa; Tapia, 2016; Global..., 2018), en la producción discursiva de las/los adolescentes sus expectativas son las de recibir una atención humanizada, que respete los principios de la responsividad -dignidad, confidencialidad, autonomía, atención inmediata, elección, instalaciones y comunicación- (Gilson, 2014). En oposición a la imagen estereotipada de las/los adolescentes, éstos producen enunciaciones discursivas contra hegemónicas sobre el aborto y la desigualdad en la atención, reivindicando así su derecho a un acceso oportuno y de calidad a los SS.

La confianza aparece como un valor importante en la formación de vínculos entre profesionales y adolescentes, construida sobre la base de la relación interpersonal y la calidad y oportunidad con que los servicios sean dados. Se identifica la capacitación de los profesionales como estrategia de sensibilización e incorporación de información

y herramientas necesarias para la atención a las/los adolescentes.

Algunas formas de abuso de poder en los SS aparecen, lo que demanda procesos de sensibilización que involucre a los actores (gestores, profesionales y usuarios) para comprender que eso es una violación de los derechos, como para (re)producir prácticas que las combatan. En muchos casos, las/los adolescentes son víctimas dobles, por un lado los padres/representantes pueden ser la primera barrera a vencer, al negarles la posibilidad de ir a los SS, y por otro, los SS obstaculizan el acceso.

La producción discursiva de los profesionales es permeada por la cultura organizacional. Esta puede impedir directa o indirectamente el acceso de las/los adolescentes a los SS, reforzando patrones que reproducen normas instauradas por la vía legal, bien como las instituidas por el quehacer organizacional (Rivera, 2006). Puede al mismo tiempo promover la creación de espacios más flexibles y humanizados. Las brechas entre las perspectivas de profesionales y adolescentes, influenciada por la cultura organizacional, se destacan como elementos clave para (re)pensar la forma como los SS pueden facilitar el acceso de esta población, con nuevas posturas institucionales que prioricen acciones comunicativas y luchas por cambios en el marco legal. La acción comunicativa procesal no se cierra y permanece siempre permeable a la posibilidad de la crítica, en el caso de la salud y del acceso a los SS, hay que pensar en marcos amplios, apoyados por el derecho, que den sustentación y legitimidad al cuidado y, al mismo tiempo, protejan a los usuarios con instrumentos que se contraponen al uso no ético, no comunicativo en las prácticas de atención a las/los adolescentes, lo que constituye un gran desafío (Artmann; Rivera, 2006).

El ACD como teoría puede contribuir a los estudios de aceptabilidad porque permite comprender como la práctica en los sistemas de salud está siendo influenciada por las estructuras sociales, y al mismo tiempo identificar los discursos contrahegemónicos producidos en la cotidianidad de los SS, que pueden modificar las prácticas en servicios de salud, como las dimensiones de la estructura social. Otro aspecto es que permite capturar la brecha social entre los sistemas de salud (por medio del discurso de los

profesionales) y las/los adolescentes y hacer el análisis de éstos de una perspectiva complementar y no como contrapuesto. El interés de la ACD por las situaciones de desigualdad y de abuso de poder permite dar voz a grupos minoritarios (como las/los adolescentes) identificando estrategias para alcanzar la equidad en el acceso a los SS.

Referencias

AITKEN, J.-M.; THOMAS, D. *Synthesis of final evaluation findings from the Nepal safer motherhood project*. Kathmandu: Ministry of Health, Department for International Development, 2004.

ALONSO, E.; LUJÁN, I.; MACHARGO, J. Actualidad de los estereotipos sobre la adolescencia. *Anuario de Filosofía, Psicología y Sociología*, Las Palmas, n. 1, p. 27-49, 1998.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 49-83.

BONVECCHIO, A. et al. Sistema de salud de Venezuela. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 53, p. s275-s286, 2011. Suplemento 2.

BRIGGS, C. L.; MANTINI-BRIGGS, C. “Misión barrio adentro”: medicina social, movimientos sociales de los pobres y nuevas coaliciones en Venezuela. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 3, n. 2, p. 159-176, 2007.

CARICOTE, E. Estereotipos de género ponen en peligro la salud sexual en la adolescencia. *Salus*, Bárbula, v. 10, n. 3, p. 19-24, 2006.

CHAVES, M. Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea. *Ultima Década*, Valparaíso, v. 13, n. 23, p. 9-32, 2005.

CHECA, S.; TAPIA, S. (Coord.). *Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes: diálogos posibles entre los jóvenes y los servicios de salud*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2016. Disponible em: <<http://bit.ly/2zuc7xt>>. Acceso em: 29 ago. 2019.

COLÁS BRAVO, P.; VILLACIERVOS MORENO, P. La interiorización de los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes. *Revista de Investigación Educativa*, Salamanca, v. 25, n. 1, p. 35-58, 2007.

CORREA, C.; CUBILLÁN, F. *Manual de capacitación salud sexual y reproductiva: desde una mirada de género*. Maracay: IAESP Dr. Arnoldo Gabaldon, 2009.

ESPOSTI, C. D. D. et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 765-779, 2015.

FAIRCLOUGH, N. Teoria social do discurso. In: FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília, DF: Editora UnB, 2001. p. 89-132.

FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1437-1450, 2018.

FORD, C.; ENGLISH, A.; SIGMAN, G. Confidential health care for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, Nova York, v. 35, n. 2, p. 160-167, 2004.

GILSON, L. Aceitabilidade, confiança e equidade. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. (Org.). *Aspectos econômicos da equidade em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 163-190.

GLOBAL Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. *World Health Organization*, Washington, DC, 24 set. 2018. Maternal, newborn, child and adolescent health. Disponível em: <<http://bit.ly/2NGachQ>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

HABERMAS, J. *Teoria do agir comunicativo*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. v. 1.

HENRIQUES-MUELLER, M. E.; YUNES, J. Adolescência: equivocaciones y esperanzas. In: GÓMEZ, E. (Ed.). *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington, DC: OPS, 1993. p. 46-67.

HEREDIA-MARTÍNEZ, H.; ARTMANN, E. Criterios para la (re)distribución equitativa de los equipos

básicos de salud en el nivel local en Venezuela. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, e00171117, 2018.

ĨÑIGUEZ, L. A análise de discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: ĨÑIGUEZ, L. *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 105-160.

KRUK, M. E. et al. High-quality health systems in the sustainable development goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, Londres, v. 6, n. 11, p. e1196-e1252, 2018.

MADIES, C.; CHIARVETTI, S.; CHORNY, M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 8, n. 1-2, p. 33-42, 2000.

MORLACHETTI, A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. *Notas de Población*, Santiago, v. 34, n. 85, p. 63-96, 2007.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década*. Ginebra, 2014.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030): salud sexual y reproductiva, violencia interpersonal y desarrollo en la primera infancia*. Washington, DC, 26 mar. 2018. Disponible em: <<https://bit.ly/2oBJqwl>>. Acceso em: 30 set. 2019.

ONU - ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Objetivos de desarrollo sostenible (ODS)*. Nova York, 2019. Disponible em: <<http://bit.ly/2ZAZSho>>. Acceso em: 29 ago. 2019.

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Barrio adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas, 2006.

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud en las Américas 2007*. Caracas, 2007. v. 1.

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Caracas, 2014.

RIVERA, F. J. U. *Análisis estratégico en salud y gestión a través de la escucha*. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 2006.

ROA, A. C. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00058517, 2018.

RODRÍGUEZ, J. *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*. Madrid: OIJ, 2009.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P.; MCINTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. (Org.). *Aspectos econômicos da equidade em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-161.

UNFPA - FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Análisis sobre legislaciones y políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR y VIH en América Latina*. Nova York, 2015.

VAN DIJK, T. A. *Discurso y poder*. Barcelona: Gedisa, 2013.

VENEZUELA. Extraordinario n° 5.494, de 20 de octubre de 2000. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, Caracas, 20 out. 2000.

VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Fundamentos de las normas de los programas de salud*. Caracas, 2012.

VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva*. Caracas: UNFPA, 2013.

VENEZUELA. Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, Caracas, n. 6185, 8 jun. 2015.

VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Plan nacional barrio adentro 100%*. Caracas, 2016.

Contribución de los autores

Heredia trabajó en la recolección y análisis de los datos. Ambas autoras contribuyeron en la concepción del estudio, diseño, redacción y revisión final del artículo.

Recibido: 01/03/2019

Aprobado: 05/08/2019