

**LA SALUD  
DE LOS ADOLESCENTES  
Y JÓVENES**

**Dra. Matilde Maddaleno**



## I. Introducción

El reconocimiento de que la salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento básico para el desarrollo de los países en América Latina, representa un cambio significativo que deberá tener un impacto importante en la formulación de las políticas y estrategias de desarrollo de la Región. Constituye a la vez uno de los desafíos más importantes para los políticos y planificadores, pues se trata de un grupo etéreo vulnerable desde el punto de vista social, económico y de salud (1).

La tendencia a la descentralización y a la regionalización en América Latina, motivó con el estímulo y apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el énfasis hacia la atención a nivel local en donde se consolidan las ideas contenidas en Atención Primaria de Salud, con la participación social y la programación local (2).

A partir de los progresos en el conocimiento de los Programas de Salud de los Adolescentes y Jóvenes se recomienda desarrollar programas integrales, colaborativos, en redes o multicéntricos. Estos programas deben estar articulados intersectorialmente, con énfasis en la promoción y prevención y orientados a la salud como calidad de vida y como un componente del desarrollo económico y social.

La atención a nivel local se considera una estrategia privilegiada para la integración de los programas de salud de los adolescentes y jóvenes. Primero, a través de la reorganización de la práctica de salud dentro de una visión multiprofesional. Segundo, articulando el conocimiento que los adolescentes tienen del proceso de salud-enfermedad con los programas de intervención. Por último, al transferir el conocimiento de las condiciones de salud y de riesgo a que los adolescentes están expuestos hacia los servicios y a la comunidad, se asegura que la planificación de la acciones atienda sus necesidades.

La incorporación de este grupo etéreo a los planes de salud de la Región de las Américas se hace cada vez más urgente dado su crecimiento numérico y proporcional. Esta tendencia está condicionada por la extensión del período de juventud al prolongarse la educación, los cambios sociales y los crecientes “problemas” que los adolescentes y jóvenes presentan. Ello ha puesto de manifiesto las carencias y deficiencias de la atención de salud integral de los adolescentes y la falta de participación juvenil en el cuidado de su propia salud y en la promoción del bienestar de la comunidad (3). La OPS ha fundamentado a la vez, la necesidad de asignar alta prioridad a los programas de salud del adolescente y el joven, lo cual se ha traducido en resoluciones y recomendaciones en las sucesivas Asambleas de la Organización (4).

Durante los últimos 15 años se han desarrollado en la Región diversas iniciativas de programas de índole asistencial, de tipo docente y de investigación para adolescentes y jóvenes. Sin embargo, los esfuerzos señalados no han tenido un impacto detectable en la salud y calidad de vida de los adolescentes y jóvenes, en parte por la limitada cobertura y en parte por su enfoque vertical en problemas específicos; pero sobre todo por la inexistencia de políticas explícitas que le den permanencia, coherencia e integralidad a las acciones.

El desarrollo del nivel local es integrador por excelencia y facilita la implementación de programas de salud para adolescentes y jóvenes. Asimismo, los programas que existen actualmente pueden servir como punta de lanza para la incorporación de las estrategias básicas a nivel local, para su validación y establecimiento progresivo, facilitando así los cambios institucionales desde las bases como su incorporación definitiva.

## II. Marco de referencia

### 1. Situación actual de los adolescentes y jóvenes en la Región

De acuerdo con la OMS, la etapa de la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años y la de la juventud entre los 15 y 24 años de edad (5). Teniendo en cuenta las limitaciones de las definiciones, aceptamos que a un programa de salud de adolescentes y jóvenes le corresponde la provisión de servicios y la atención de salud de la población entre los 10 y 24 años.

Tomando en cuenta el rango anterior, la población de adolescentes y jóvenes en 1990, constituía alrededor del 31% en América Latina y el Caribe, con aproximadamente 137 millones, cifra que alcanzará unos 172 millones para el año 2000. América Latina cuenta con dos tercios de la población adolescente de todo el continente americano (5, 6). Se estima que el 75% de la población joven de la región vivía en zonas urbanas en 1990 y se proyecta un 80% para el año 2000 (7, 8).

El crecimiento de esta población representa una demanda creciente de los sistemas de salud, de educación y de trabajo, entre otros. Esta situación se ve agravada por la migración urbana, fundamentalmente en los sectores marginales, lo cual contribuye a conformar un ambiente psicosocial en que predominan la violencia y la delincuencia juvenil.

El nivel de educación ha mejorado en forma importante en América Latina y el Caribe durante los últimos veinte años. En 1990, la tasa de escolarización bruta (total de matrícula en el nivel de educación, independiente de la edad/población grupo de edad que de acuerdo a las normas debe estar en ese nivel) era de 106% en el primer ciclo, 52,3% en el segundo ciclo y 17,1% en el tercer ciclo.

La tasa de población matriculada de 12 a 17 años subió de 36,4% en 1961 a 70,5% en 1985. En 1990, esta tasa era de 40 a 50% en El Salvador, Guatemala, Paraguay, Honduras y Nicaragua; de 55 a 70 % en Venezuela y México; y mayor de 70% en países como Argentina, Uruguay, Cuba, Chile y Brasil. La disparidad educativa más preocupante es la que persiste en todos los países entre los jóvenes rurales de ambos sexos y sus pares urbanos (9, 10). La proporción de adolescentes de 10 años que asiste a la escuela es mayor del 70% en la mayoría de los países; sin embargo, esta cifra baja al 50% a los 15 años de edad; y a los 20 años sólo el 20% permanece en el sistema escolar (11, 12).

Entre el 40 y el 50% de la población económicamente activa (PEA) de América Latina son adolescentes entre 15 y 19 años, con una proporción mayor en varones que en mujeres (2:1); durante los últimos años la tendencia es a aumentar en el sexo femenino, especialmente en las zonas urbanas. Se estima además que unos 10 millones de niños son trabajadores en la Región, muchos de los cuales trabajan en forma ilegal, sin los beneficios de la seguridad social, con bajos salarios y pobres condiciones de trabajo, todo lo cual representa un alto riesgo para su salud. El daño más grave y duradero de la crisis económica de la Región es la disminución del tiempo para las tareas escolares y la deserción temprana para ir a trabajar. La falta de calificación mínima dificulta a estos jóvenes su integración productiva en la fuerza de trabajo y los condena al subempleo (13).

La tasa de mortalidad de los adolescentes es baja comparada con la de otras edades. En 1986, fue de 7,4 por 10.000 comparada con una tasa de mortalidad infantil de 550 por 10.000 en el mismo año. Las principales causas de muerte en el grupo de 10 a 14 años fueron en 1990, accidentes y violencias, tumores malignos y enfermedades infecciosas; mientras que en el grupo de 15 a 19

años, fueron accidentes, homicidios, suicidios, tumores malignos, enfermedades del corazón y complicaciones del embarazo. Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son aún responsables por las tasas elevadas de mortalidad en algunos países (5, 14).

A pesar de que las muertes de los adolescentes en la Región no representan un gran porcentaje de la mortalidad general, la mayoría de estas muertes pueden ser consideradas prevenibles, vinculadas estrechamente con las conductas de riesgo. El análisis de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) evidencia que el 40% se deben a causas externas.

Se estima que en América Latina, un 10% de los adolescentes tienen una enfermedad crónica. Las “nuevas morbilidades” tales como trastornos del aprendizaje, déficit de atención y trastornos del apetito, están emergiendo últimamente. La tuberculosis es aún un problema y su incidencia varía entre 21,3 y 182 por 100.000 en el grupo de 15 a 19 años. En varios países, las enfermedades del corazón constituyen una de las cinco primeras causas de muerte y 50% de ellas son debidas a enfermedad reumática. Los casos de SIDA en adolescentes de 10 a 19 años representan el 4% de todos los casos notificados por todos los países. De acuerdo a la OMS, al menos la mitad de los casos infectados con VIH tienen menos de 25 años, lo que hace del SIDA una preocupación importante para la juventud de América Latina (15).

La pobreza, la inequidad y la discriminación, producen y mantienen una población de adolescentes en riesgo. Un número importante de ellos están creciendo en circunstancias de recursos limitados y de adversidad, lo cual implica un compromiso de su salud, su desarrollo y sus vidas. El uso excesivo de alcohol aumentó en la década de los 80. En Chile, 70,5 % de todas las muertes por accidentes y violencias en el grupo de 14 a 25 años se relacionan con el consumo de alcohol. El consumo de tabaco, en contraste con la sostenida disminución en la mayoría de los países desarrollados, está aumentando especialmente en las mujeres jóvenes. La droga ilícita más usada es la marihuana, que frecuentemente se consume junto con alcohol y tabaco. Se estima que entre 10 y 30% de adolescentes han tenido experiencia de consumo. El uso de cocaína, especialmente la pasta base está aumentando en la Región, y los inhalantes son usados más frecuentemente por los pre-adolescentes pobres y marginados (18).

La edad media al contraer matrimonio es de 20,5 años, con variabilidad entre los países, la cual depende de factores como la situación de la mujer, el nivel de educación y el aumento de las oportunidades laborales. Los datos disponibles sugieren que la edad del matrimonio ha cambiado poco en la Región, pero empieza a subir en algunos países como Colombia, República Dominicana y Perú, se mantiene estable en Ecuador y ha disminuido en El Salvador y Guatemala (13, 15, 16).

La tasa de fecundidad en adolescentes ha estado disminuyendo en la mayoría de los países; sin embargo, el número absoluto de hijos de adolescentes y su proporción en relación a los hijos de mujeres de todas las edades, ha aumentado. La región de Centroamérica tiene la tasa de fecundidad en adolescentes más alta de la Región y en cuatro de sus países es superior a 100 por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años anualmente. Las tasas de fecundidad son más altas en las poblaciones rurales y con menor escolaridad.

La Encuesta Demográfica y de Salud de Mujer en Edad Reproductiva (DHS), llevada a cabo en Centro y Sudamérica a fines de los años ochenta, mostró en la cohorte de 20 a 24 años, que la mitad de las mujeres han tenido relaciones sexuales a los 20 años y un 25% a los 17 años. La encuesta de adultos jóvenes entre los 15 y 24 años, mostró que los hombres inician la vida sexual antes que

las mujeres. El uso de anticonceptivos por la mujeres adolescentes es inferior al de las mujeres de todas las edades. Las cifras son más bajas en las zonas rurales (15, 17).

## **2. Percepción de necesidades de salud por los adolescentes**

Los adolescentes visualizan la salud como algo más que la mera ausencia de enfermedad. Ser saludable para ellos es vivir con la máxima expresión de su potencial, ser capaces de funcionar física, mental y socialmente y de tener estados emocionales positivos. Las preocupaciones de salud de los adolescentes reflejan un amplio rango de problemas de salud no tradicionales, que involucran las preocupaciones relacionadas con la interacción social y las necesidades emocionales (18).

En general, las preocupaciones de salud de este grupo etéreo se pueden agrupar en cuatro categorías: 1) escuela y futuro, 2) salud, apariencia física y drogas, 3) aspectos emocionales y 4) aspectos sociales. Entre los adolescentes mayores es más frecuente la preocupación por el futuro; en cambio, entre los menores, con predominio del sexo femenino, es la apariencia física (19).

Los adolescentes reconocen las conductas nocivas para la salud; aún más, identifican las que caen fuera del área de la salud tradicional, tales como las relaciones familiares, relaciones con los pares y problemas escolares. Por otro lado, al igual que los adultos, subestiman los potenciales daños en salud de sus conductas y asumen que el riesgo de ciertas conductas desaparecerá a medida que crecen (20).

El rol de la familia y los pares es muy importante en esta etapa. A pesar de que se da una reformulación de las relaciones interpersonales, la familia es crucial para el apoyo social. Los padres son modelos para los adolescentes, como lo demuestran los estudios en relación al uso de tabaco. Los pares son un apoyo positivo, aunque en algunos casos pueden ser negativos. Numerosos estudios han demostrado la asociación entre conductas no saludables y la presión de los pares, pero esta relación puede no ser causal ya que es posible que los adolescentes elijan pares que apoyen las conductas que ellos ya se decidieron a adoptar (18).

## **3. Servicios de salud para los adolescentes**

Los servicios de atención de salud para adolescentes constituyen un desafío frustrante y a menudo inadecuado, el cual está afectado por los siguientes factores (21, 22):

- Falta de personal capacitado y motivado para la atención de salud de los adolescentes y jóvenes;
- Fragmentación de los servicios de salud que ya existen, especialmente en el área de reproducción;
- Falta de financiamiento para servicios de atención de los jóvenes;
- Falta de sensibilización política: la imagen negativa del adolescente y el joven en la sociedad dificulta la creación de un clima apropiado para políticas, legislación y acción programática;
- Los adolescentes no utilizan los servicios debido a la desorganización de la oferta de los mismos y por falta de estrategias de comunicación, promoción y educación pedagógicamente adecuadas;
- Tendencia a la medicalización. De acuerdo con Hanlon, el problema puede no ser el desinterés, sino el hábito de pensar que los problemas de salud requieren una solución médica. La

baja prioridad dada a los adolescentes se atribuye a la baja mortalidad, a la falta de una especialidad médica y a la naturaleza múltiple de su problemática;

- Falta de evaluación de los servicios y de definición de base territorial; inadecuación del sistema de información y falta de programación local;
- Problemas administrativos y económicos de los programas que actualmente existen, que llevan a salarios bajos del personal, exceso de actividad y falta de prestigio social.

La mayoría de los adolescentes reciben atención sólo en los momentos de crisis y centrada en la recuperación de su patología física. Este tipo de atención es criticada por los jóvenes como poco eficiente, burocrática, desalentadora y de difícil acceso (23). Debido a ello, se puede concluir entonces que los servicios de salud que atienden a los adolescentes no están capacitados para satisfacer sus necesidades de salud, en base a los criterios de cobertura de servicios (definida como la capacidad para atender efectivamente las necesidades de salud de la mayoría); al impacto (capacidad de producir resultados efectivos a partir de las acciones desarrolladas), y a la satisfacción (evaluación positiva de los servicios recibidos).

### III. Objetivos

El propósito general de este componente es mejorar la calidad de vida de los adolescentes y jóvenes en Latinoamérica. Los programas dirigidos a ellos deben tener como objetivo fundamental promover el crecimiento y desarrollo saludables a través de la intervención sobre los factores condicionantes como la familia, la educación, el trabajo, los servicios de salud, las políticas de salud y la legislación. A la vez, cabe destacar que se trata de promover acciones asistenciales y educativas a nivel operativo que hagan posible la implementación de servicios integrados.

Los objetivos específicos de este componente son:

- a) Promover el desarrollo de una política intersectorial hacia la juventud realizando acciones coordinadas con los otros sectores, para favorecer la integración de la atención y el uso racional de los recursos;
- b) Promover y desarrollar conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas en los adolescentes y jóvenes para favorecer estilos de vida saludables;
- c) Implementar servicios integrados de atención de salud para adolescentes y jóvenes, en estrecha vinculación con otros programas, con énfasis en la promoción y prevención;
- d) Promover el desarrollo de los recursos humanos en el tema de adolescencia y juventud.

## **IV. Estrategias recomendadas**

### **1. Integralidad**

La multicausalidad de los problemas de la juventud, requiere que los programas incluyan participación en todas las fases por las que los adolescentes deben atravesar: la familia, la escuela, el trabajo, los amigos y los diferentes sectores nacionales. Sabemos que las conductas de riesgo están interrelacionadas, por lo que los programas deberán tener una aproximación holística y amplia, dirigiendo las intervenciones a los factores de riesgo más que a las conductas mismas, e integrándose a los programas de la madre y el niño, así como entre ellos mismos.

### **2. Énfasis en la promoción y prevención primaria más que en los aspectos curativos**

Se recomienda que además de ofrecer programas de atención a sus problemas comunes de salud, se conciban también programas para adolescentes y jóvenes de tipo preventivo que enfoquen las intervenciones hacia los grupos que potencialmente estén en riesgo de incurrir en conductas inadecuadas o en problemas que afecten de alguna manera su salud. Campañas de prevención y promoción, tales como programas de educación popular en salud (teatro, video, cine, radio, foros de discusión) que puedan llevarse a cabo a nivel de centros de estudio y en las áreas en donde estos grupos en riesgo se encuentren, son ejemplos del abordaje por medio de esta estrategia.

### **3. Énfasis en los grupos más necesitados y de riesgo**

Los programas deberían dedicarse principalmente a proporcionar educación, recursos, técnicas y otra formas de apoyo social a los grupos de más alto riesgo. Se deberán considerar los casos específicos tales como, los adolescentes sexualmente activos, los hijos de los alcohólicos y los adolescentes abandonados entre otros.

### **4. Participación juvenil**

Los adolescentes y jóvenes deberán ser el sujeto y objeto de las acciones de salud, tanto en el diseño de sus propios programas y actividades como en la toma de decisiones y en la evaluación. Es por ello que se requiere desarrollar en este rubro mecanismos amplios y expeditos de participación juvenil como la auténtica expresión de la participación social.

### **5. Participación comunitaria**

El programa deberá surgir como una necesidad de la comunidad y deberá contar con su participación. Es necesario establecer y mantener mecanismos de comunicación permanentes, involucrar a los propios adolescentes y jóvenes en la identificación y análisis de problemas y necesidades, y en la elaboración de propuestas y programas para su solución. Sería recomendable recuperar la imagen positiva de estos adolescentes y jóvenes, pues con frecuencia, ellos asumen la imagen negativa que la sociedad les asigna.

## **6. Servicios intersectoriales e interdisciplinarios**

Se necesita contar con un paquete de servicios para los adolescentes y jóvenes. Ningún programa aislado es capaz de dar respuesta a todas sus necesidades, por lo que la intersectorialidad es fundamental, así como la coordinación y la planificación con las diferentes instituciones. Las actividades deben ser interdisciplinarias, con participación de los grupos claves que interactúan con los jóvenes, tales como la familia, la escuela, los servicios de salud, la iglesia y otros.

## **7. Desarrollo de liderazgo**

Dryfoos estudió en 1990 los programas de prevención de conductas de riesgo de los adolescentes y encontró que los programas exitosos estaban dirigidos por líderes carismáticos, de gran sensibilidad con los adolescentes, que no sólo se preocupan y los quieren, sino que también tienen grandes expectativas respecto a ellos. Además, trabajan duro para entregarles conocimientos y habilidades a fin de que eventualmente lleguen a triunfar. También tenían habilidades de gerencia y administración, así como para conseguir financiamiento.

## **8. Desarrollo institucional**

Las intervenciones que se diseñen para los programas de adolescentes y jóvenes deberán estar dirigidas a cambiar las instituciones más que a los individuos. Por ejemplo, si la educación no se adapta a las necesidades de los jóvenes, habrá una alta deserción escolar; en este caso, el cambio no debe estar dirigido a cada individuo, sino a la institución escuela.

## **9. Redes**

El trabajo en red se entiende como una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes en relación a la salud de este grupo étnico. El resultado de esta estrategia es una red con características de adaptabilidad, flexibilidad, horizontalidad, fluidez y espontaneidad en las relaciones que se adecúa a la capacidad operativa del nivel local.

## **10. Programas focalizados en el sistema escolar**

En esta estrategia se debe considerar la realidad de los países y localidades. En donde existan circunstancias favorables, se recomienda tanto las intervenciones escolares, como la incorporación en la comunidad escolar de las actividades extra-escolares, tales como teatro, artes y deportes. Se recomienda además la vinculación con el mundo laboral a través de los currículos escolares, la experiencia laboral y los trabajos comunitarios voluntarios (22, 31-33).

## **V. Implementación de las estrategias**

### **1. Etapas de implementación**

La situación de salud de los países y sus políticas de salud son claves para la implementación del componente de salud del adolescente. En aquellos países o comunidades en donde exista cierta organización a nivel local, debería ser más fácil y expedito implementar un programa en base a las estrategias anteriores.

En los países en que la atención a nivel local esté iniciándose o en etapa de transición, se deberá intentar algunos cambios o modificaciones. Lo importante es conseguir la adhesión de los actores más importantes en este proceso, pues la atención a nivel local es una propuesta de transformación de las prácticas relacionadas a la salud, entendiendo la práctica como el uso del conocimiento para la transformación de una realidad dada (2).

#### ***1.1 En la práctica institucional***

Se requiere la descentralización de los recursos para el nivel local. Este es un proceso de redistribución del poder, dentro del cual los intereses políticos y económicos tienden a entrar en conflicto. Para que esta estrategia produzca resultados, se necesitan etapas intermedias tales como el diseño e implementación de estatutos jurídico-legales y administrativos; fortalecimiento de la capacidad gerencial a nivel local y desarrollo de recursos humanos y tecnológicos adecuados a las nuevas responsabilidades y funciones. El gerente del nivel local no será más quien obedece a los mandos altos, sino un ejecutivo que decide, que establece, que sigue y adopta políticas, que promueve y moviliza los recursos políticos e institucionales y que coordina y facilita los procesos de participación (27).

#### ***1.2 En la práctica profesional***

Se debe llegar a un consenso en cuanto a las acciones que deben ser caracterizadas como conocimientos de procesos y técnicas, los cuales pueden ser asumidos por cualquiera de los profesionales de salud. Se debe discutir acerca de las dimensiones éticas de la práctica profesional, los derechos y deberes de los profesionales, en concordancia con los derechos de los adolescentes y jóvenes.

La búsqueda de un marco conceptual que permita intervenir la realidad de los adolescentes y jóvenes es trascendental para potenciar las posibilidades de cambio en los profesionales. Este marco debe ampliar el espacio de sus prácticas desde los individuos, a sus familias, a los grupos de riesgo, a la comunidad y al medio ambiente.

Se debe especificar las acciones que podrían ser indicadas para cada uno de los niveles de prevención de atención de salud (promoción, prevención y recuperación); para cada objeto de la acción (individuo, familia, comunidad, ambiente) y para cada campo profesional específico (medicina, enfermería, nutrición, odontología, farmacia).

#### ***1.3 En la práctica social***

El desarrollo de la atención a nivel local constituye un espacio de transformación de la práctica social del quehacer en salud del adolescente y pertenece a dos dominios: la cultura y la política.

El dominio de la cultura se relaciona con el conocimiento de las condiciones de vida de los ado-

lescentes y los jóvenes, y con el conocimiento de los procesos que diferencian a los grupos sociales en cuanto a riesgos y posibilidades de salud o enfermedad. Existen diferentes percepciones y creencias de los procesos de salud-enfermedad; por un lado, la comunidad (con su cultura de resistencia), y por otro, los profesionales de la salud (con su cultura de dominación y superioridad científica).

Así pues, a través de la participación comunitaria, la práctica social buscará romper con el sistema que coloca a los profesionales y a los jóvenes de la comunidad en polos opuestos del poder y del saber. La valorización del conocimiento popular, sobre enfermar y curar, y de la relación de la salud con las formas concretas de vivir, es esencial para que la práctica social ayude en la transformación de la situación de salud.

En el dominio político, la práctica social se refiere a la participación de los jóvenes en los diferentes niveles y momentos donde se ejerzan actividades de salud. La participación que se busca está basada en la comprensión del derecho de los ciudadanos a participar en los procesos sociales, dentro de los cuales son tanto sujetos como objetos (27).

## 2. Actividades para la implementación de las estrategias

Debido a que en la mayoría de los sistemas locales existen limitaciones en cuanto a la base de conocimientos, experiencias, actitudes y tradiciones en materia de promoción de la salud integral del adolescente y el joven, y que además se desconoce el perfil epidemiológico de riesgos y daños, es necesario promover la creación de un grupo consultor o asesor o bien el de una especie de “unidad” de salud integral de adolescentes y jóvenes (que no necesariamente se trata de un espacio físico), con la participación de alguien que haya recibido alguna formación y tenga experiencia vivencial. Esta “unidad” podría estar asistida por una comisión intersectorial de carácter asesor que deberá:

- 2.1 Conocer su población de adolescentes y jóvenes, en cuanto a tamaño, distribución, situación ocupacional y otros aspectos demográficos, así como identificar recursos y necesidades;
- 2.2 Interpretar la información pertinente a la salud del grupo y utilizar conocimientos complementarios de otros sistemas;
- 2.3 Generar procesos de comunicación y de concertación para el trabajo colaborativo entre agencias, instituciones y programas;
- 2.4 Establecer los flujos de interacción con la comunidad, las familias y sus recursos, aplicados a la salud de los adolescentes y jóvenes;
- 2.5 Conocer las políticas nacionales y adaptarlas;
- 2.6 Conocer la legislación y las normas de comportamiento.

Según el documento Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente de OPS/Washington, 1993, las principales funciones del nivel local que deben aplicarse en cualquier programa son (28):

- Organizar, supervisar y evaluar las acciones de salud de su competencia directa y de otros sistemas encargados de promover la salud integral de los adolescentes;

- Fomentar la participación de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que demuestren interés en la salud integral de los adolescentes y jóvenes del área del sistema local de salud;
- Coordinar o participar en la coordinación de los planes, programas y proyectos con carácter de liderazgo;
- Promover la articulación y el trabajo coordinado con los programas de salud de adolescentes al nivel local intermedio, así como con los geográficamente adyacentes, a fin de mejorar el control epidemiológico y la promoción de salud;
- Movilizar recursos del nivel nacional, regional, públicos y privados, para el reforzamiento de programas intersectoriales e institucionales de los diferentes niveles. Promover legislación que proteja a los adolescentes y jóvenes en general y a los discapacitados en particular;
- Adecuar las normas técnicas y las estrategias a las condiciones de la Región y a la salud de la gente joven;
- Promover el conocimiento, las actitudes y prácticas saludables de los adolescentes y jóvenes de las comunidades, a través de acciones en las cuales ellos y sus líderes estén involucrados;
- Garantizar en lo posible el uso de los medios locales de comunicación y la producción y aplicación de material educativo y metodologías participativas;
- Identificar las necesidades de capacitación para servicios diferenciados y no diferenciados de la atención de la salud integral del adolescente, así como promover su formación;
- Facilitar la articulación docente asistencial con universidades, colegios y escuelas para llevar a cabo acciones conjuntas de educación, formación y servicios;
- Movilizar a la comunidad, a sus organizaciones y los sectores públicos relacionados para atender las necesidades de estudio, trabajo, recreación, orientación laboral y servicios de salud integral de la población joven marginada;
- Implantar la aplicación universal de las tecnologías para diagnóstico, identificación de riesgos y de informática del adolescente y construir sobre esas aplicaciones las bases para la programación, educación y vigilancia epidemiológica;
- Promover el desarrollo y ejecución de la investigación de servicios de salud y multisectoriales;
- Coordinar las acciones intersectoriales para controlar factores de riesgo y daños primordiales.

## **VI. Pasos a seguir para la implementación**

La planificación estratégica tiene como objetivos definir las necesidades de salud de la población de adolescentes y jóvenes, contrastar los recursos disponibles y potenciales con sus necesidades definidas, establecer metas programáticas prioritarias, formular acciones administrativas y evaluar los resultados (29).

Tomando los aspectos conceptuales de la programación estratégica, la programación de salud para adolescentes y jóvenes tiene varios “momentos” (se define como “momento” a una instancia, ocasión, circunstancia o coyuntura por la que atraviesa un proceso continuo o en cadena, que no tiene comienzo ni términos definidos) (30-32).

## 1. Momento explicativo

Es la identificación de la situación de salud de los adolescentes y jóvenes que va más allá del diagnóstico de salud, o sea *lo que realmente pasa y/o existe*. Esta apreciación de la realidad incluye el análisis de los elementos que estructuran la situación de salud, tales como las reglas del sistema, las acumulaciones sociales y los movimientos de los hechos o flujos sociales. Puede además abarcar los siguientes elementos:

### 1.1 Definición del área de aplicación

Cuando se trata de la programación a nivel local, ya se ha definido el ámbito geográfico poblacional, en cuyo territorio la red de servicios asume responsabilidades concretas de atención integral a los adolescentes y jóvenes.

### 1.2 Descripción de la situación y de la estructura de salud disponible

Esta área debe ser desarrollada por los diferentes actores o conjuntos sociales participantes en el proceso, a partir de los intereses y conocimientos de cada uno. Se requiere la descripción de la población adolescente y joven, la descripción de sus problemas de salud, la identificación de los recursos disponibles y las condiciones del medio (Anexo 1: Instrumento de diagnóstico):

- La descripción de la población atendida debe ser realizada a partir de elementos demográficos, socioeconómicos y geográficos. Se pueden usar los datos del censo de población, viviendas y familias, así como el mapa poblacional que identifica en donde viven los jóvenes, sus conglomerados o áreas de estudio y de trabajo, entre otros.
- Los problemas de salud pueden ser descritos en base al análisis de indicadores, las encuestas y la búsqueda de consenso (foros, grupos focales, informantes claves, metodología Delphi). Se recomienda el uso de varias metodologías combinadas, más que el de un método aislado. Por ejemplo, las necesidades de salud pueden ser identificadas a través de una encuesta de necesidades (19), y el diagnóstico participativo a través de grupos focales con la comunidad tanto adulta como adolescente (20).
- El estudio del medio político, social, económico y físico en que se desarrollan los programas, debe ser realizado cuidadosamente, poniendo énfasis en la determinación de la distribución del poder en los diferentes ámbitos.
- La estructura de salud disponible y sus recursos pueden investigarse a través de un Catastro de Servicios en que se aplique el instrumento de Condiciones de Eficiencia (ver Anexo 1).

### 1.3 Validación de los problemas y listado de prioridades

En este análisis, no solo deben considerarse las enfermedades, sino también las dificultades de acceso, organización y eficiencia de los servicios de salud; los problemas de educación y recreación; las características de los ambientes de familia, de trabajo y del medio natural y la distinción por sexos -cuando sea posible- de todos estos aspectos del sistema social que tienen relación con los estilos de vida de los adolescentes.

Esta etapa supone un proceso participativo, en que los diferentes actores del programa deliberan

y concertan en base a las propias apreciaciones e intereses. Para lograr esto, se recomienda usar como criterios de priorización de problemas: la frecuencia, la gravedad y la tendencia del problema; las características de los grupos mas afectados; la disponibilidad de recursos; y la posibilidad de intervención real (28).

## **2. Momento normativo**

En este momento se define el contenido de las propuestas del plan de atención integral a los adolescentes y jóvenes, es decir, se precisa *lo que debe hacerse*, se plantean las estrategias a emplear, los actores participantes, el diseño de las operaciones, las acciones a tomar y los niveles operacionales del plan. En este momento, también se busca establecer la direccionalidad teniendo en cuenta los diferentes escenarios.

### ***2.1 Selección de tecnologías***

A diferencia de otros programas en que las tecnologías a usar están incorporadas a equipos y aparatos, las actividades a desarrollar en los programas de salud integral del adolescente están en su mayor parte centradas en la capacitación del personal de salud, su habilidad para trabajar en equipos interdisciplinarios y para emplear técnicas que estimulen la participación de los jóvenes, padres y maestros (28).

## **3. Momento estratégico**

Se refiere a la confrontación y articulación entre las propuestas del plan (*lo que debe ser*) y las limitaciones de naturaleza política, institucional y económica. Este momento privilegia el análisis de las relaciones de fuerzas y el interés por mantener una situación inicial o modificarla.

## **4. Momento táctico-operacional**

Es el momento referido a la acción, en el cual se definen las prioridades, los niveles de los procesos, las operaciones y el papel de los diferentes actores del proceso, o sea, *cómo debe hacerse*. Equivaldría dentro de este esquema a la elaboración de un plan operativo.

### ***4.1 Establecimiento de metas, definición de programas y subprogramas***

Corresponde a la adjudicación de la solución de los problemas de los adolescentes y jóvenes por las diversas instituciones, según la disponibilidad de recursos, estableciendo las metas a alcanzar y la definición de los programas. En la mayor parte de los casos de negociación entre instituciones de diferente dependencia, se requieren no solamente criterios técnicos, sino también habilidades políticas para resolver los conflictos de intereses que surjan.

### ***4.2 Elaboración de un plan de actividades y ejecución a través de los servicios***

La programación de las actividades extrasectoriales incluye la mayor parte de las actividades de promoción de salud y requiere una clara definición de cada una de las responsabilidades asumidas.

Es aconsejable entonces que cada una de las instituciones participantes realice su propia programación de actividades de acuerdo a la direccionalidad y los objetivos generales acordados previamente. Es conveniente que los compromisos asumidos por las diferentes instituciones se acompañen de acuerdos explícitos, aunque flexibles, de manera que puedan ser evaluados y adaptados.

En los servicios de salud debe analizarse la organización de la red de servicios que incluye la definición de niveles de atención y la programación. En el caso de la atención de adolescentes, la complejidad de los servicios está condicionada por el grado de capacitación del personal, la posibilidad de constituir equipos interdisciplinarios y la posibilidad de brindarles atención diferenciada en tiempo y lugar.

La mayor parte de la atención del adolescente en América Latina se hace en los servicios de salud del primer nivel de atención, en forma no diferenciada, incluyéndolos en la atención integral del adulto o en la atención pediátrica. En estos casos, la eficacia de la atención depende del grado de capacitación del personal en actividades de promoción, así como de la detección y tratamiento de los problemas de los adolescentes.

En los últimos años, han aparecido en el nivel primario de las aéreas urbanas, servicios diferenciados, a cargo de equipos multidisciplinarios, donde además de los problemas de salud por los cuales demandan atención los adolescentes, se realizan tanto actividades de promoción y prevención de salud, como de coordinación de actividades junto con otras instituciones sectoriales o extra-sectoriales, estimulando la participación juvenil.

En el segundo y tercer nivel, la atención es siempre diferenciada, a cargo de equipos multiprofesionales dentro del sistema de referencia desde el nivel primario de los casos no resueltos o bien para internación. El sistema de referencia debe asegurar el acceso universal y oportuno al nivel de atención que corresponda para los problemas que se intenta resolver (28).

#### ***4.3 Programación del financiamiento***

Una vez establecida la deseada coordinación intersectorial e interinstitucional, se recomienda integrar recursos para aquellas actividades para las cuales se adquirieron compromisos comunes. Así por ejemplo, actividades como capacitación de personal, formulación de normas, reuniones con adolescentes y materiales educativos, pueden compartir el financiamiento, aliviando así los presupuestos y favoreciendo la coordinación y la eficiencia de estas actividades.

#### ***4.4 Monitoreo y seguimiento del plan operativo***

Es importante el monitoreo del programa a través del registro de las actividades y de sus participantes. La realidad es la que va señalando el camino, ya que el programa que se planifica es sólo una indicación de la dirección deseada y no puede convertirse en un fin en sí mismo. La flexibilidad del proceso permite que permanentemente puedan cambiarse las estrategias y las actividades, así como desarrollar nuevas alianzas entre instituciones o grupos sociales.

#### ***4.5 Evaluación de las actividades de control e indicadores***

La evaluación de los programas de salud integral del adolescente se centra en valorar o apreciar en qué medida se atienden las necesidades y si se controlan los problemas detectados durante la programación, así como la calidad de los bienes y servicios que se prestan.

Se plantea evaluar los servicios en términos de *procesos, estructura y resultados*, en el entendimiento de que los resultados se logran si se desarrollan los procesos programados, los que a su vez podrán realizarse en la medida que se disponga de los recursos y estructuras necesarios.

El proyecto de OPS/Kellogg de Apoyo a las Iniciativas Nacionales ha estado desarrollando instrumentos de evaluación de servicios de atención integral a los adolescentes, entre los que se cuentan el de Condiciones de Eficiencia en Servicios Diferenciados, el de Oportunidades Perdidas y el de Condiciones Trazadoras.

- a) La encuesta de Oportunidades Perdidas se ha desarrollado como una metodología útil para la evaluación cualitativa de los servicios de salud para adolescentes, que sirve de complemento a otros tipos de evaluación y que puede ser fácilmente aplicable a nivel regional. Este instrumento mide fundamentalmente los *procesos* y se refiere a las acciones de los profesionales de la salud en la conducción de la atención de la salud y su interacción con los pacientes. Así, se ha definido como una “Oportunidad Perdida de Atención Integral” a toda ocasión en que el adolescente no recibe las acciones mínimas en el período de un año.
- b) Las condiciones de eficiencia de servicios de salud para adolescentes, son un conjunto de requisitos o características que debe reunir un servicio de salud para atender adecuadamente y en forma integral las necesidades de salud de la población adolescente (10 a 19 años) y mide fundamentalmente la *estructura*. Este instrumento evalúa los siguientes aspectos: programación y administración, normas y procedimientos, educación en salud, servicios de la comunidad y participación comunitaria, recursos humanos, planta física, recursos materiales, suministros y servicios de apoyo y además datos de producción (horas/actividades realizadas y horas/profesionales empleadas).

El instrumento permite llegar a una expresión numérica de las condiciones de eficiencia de cada servicio. La calificación óptima sería de 100% del puntaje; valores de 80% y más revelan una situación aceptable; valores entre 40 y 79%, una situación insatisfactoria; y valores menores de 40%, una situación crítica (33).

- c) La metodología de Condiciones Trazadoras se inscribe como el análisis del proceso y el resultado en forma simultánea. El concepto central de la metodología es que para conocer la calidad de la atención a los adolescentes y jóvenes, basta evaluar algunos problemas específicos, que cuando se combinan proporcionan un marco de referencia para conocer la interacción entre efectores, pacientes y ambiente. En la actualidad esos problemas pueden ser categorías diagnósticas, o procedimientos: preventivos, diagnósticos o terapéuticos. De ahí que se hable de enfermedades, actividades o condiciones trazadoras. Idealmente la selección debería incluir un conjunto de variables trazadoras para reflejar toda la atención que se brinda a este grupo etéreo (aspectos preventivos y asistenciales, agudos y crónicos, edad y sexo)(34).

Siguiendo el marco conceptual usado en este artículo se pueden evaluar asimismo las variaciones en la práctica institucional, en la práctica profesional y en la práctica social.

- Para evaluar las variaciones en la *práctica institucional* se seleccionarán variables tales como las aptitudes para: la conducción y capacidad gerencial del programa de adolescencia; el ordenamiento organizacional y el diseño global del programa; el trabajo descentralizado y coordinado entre redes; el desarrollo de procesos participativos; el manejo eficiente de los recursos y el desarrollo de procesos comunicacionales apropiados.
- Para evaluar las variaciones en la *práctica profesional* se estudiarán las siguientes variables: el grado de adecuación de los servicios sectoriales y extrasectoriales para la atención de las necesidades y las demandas de los adolescentes; el nivel de resolución a través de la atención de la demanda espontánea; la focalización de las acciones en los grupos de más riesgo y las estrategias de promoción para preservar la salud juvenil; la multiprofesionalidad y el trabajo en equipo; la humanización de la atención y los aspectos éticos de la atención y del ejercicio profesional.
- Para evaluar las variaciones en la *práctica social* se medirán variables referidas a equidad: cobertura y acceso, eficacia real o efectividad y eficiencia social. La cobertura hace relación a la oferta de servicios potencialmente utilizados por los adolescentes y el acceso expresa la probabilidad de utilización de estos servicios. La efectividad social se expresa en los cambios en la salud de los adolescentes y jóvenes, particularmente en los cambios de enfermedad y muerte—con énfasis en aquellos evitables—y la contribución del programa al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes y jóvenes, cuyo objetivo es el grado de satisfacción de los actores.

La eficiencia social constituye un concepto vinculatorio entre los resultados y los costos económicos. Su medición puede partir de los costos de producción y cantidad de bienes y servicios producidos haciendo referencia a la eficiencia. También puede relacionar recursos—en términos monetarios—asignados a la obtención de un resultado en términos de muertes evitadas o morbilidad disminuida, refiriéndose entonces al costo/efectividad.

Para cada una de las variables seleccionadas se construirán indicadores de acuerdo a las características de cada programa, derivados de la naturaleza de los problemas, el contexto y los recursos disponibles para su solución.

## **VII. Estudio de caso. Etapas en la implementación de un programa de adolescentes a nivel local**

El modelo de atención que se describe a continuación es la implementación operacional de una Unidad de Adolescencia Diferenciada dentro de un centro de salud del nivel primario de atención, con un encargado capacitado en el tema de adolescentes y jóvenes y un equipo interdisciplinario.

### **Etapa 1: Inserción del programa en el nivel local**

El programa se inició en el nivel primario de atención, articulando los servicios con el nivel secundario y terciario e intentando la participación comunitaria. Las actividades iniciales se centraron en la atención de salud de los adolescentes entre 10 y 19 años y en el Programa de Salud Escolar. Este se encuentra articulado con los colegios del área geográfica, asignados al centro de salud de la localidad, a través de la Comisión Mixta de Salud y Educación (COMSE), instancia de reunión mensual de coordinación de los sectores de salud y educación, obligatoria por ley, a la que asisten los profesores y los profesionales del consultorio encargados de las actividades de salud escolar.

El programa de adolescentes se insertó a nivel local (Figura 1) para realizar programas verticales de salud por aéreas temáticas tales como programas del niño, de la madre y del adulto, entre otros. Para incorporar el programa fue necesario diseñar actividades horizontales en todos los programas del centro de salud. Por ejemplo, se realizaron actividades en el programa dental; a través de la educación en las escuelas, se diseñaron actividades de control de embarazadas en el programa de la mujer y de control de hijos de madres adolescentes en el programa del niño.

### **Etapa 2: Redes de servicios de salud**

A medida que las actividades del programa de adolescentes en el nivel primario se consolidaron, se requirió una mejor coordinación con el nivel secundario, para lo cual se implementó el concepto de redes de servicios. Se identificó en el nivel secundario a aquellos especialistas que tenían mayor afinidad o interés por trabajar con adolescentes y se formó con ellos una red de especialistas (Figura 2). Dichos especialistas atienden en forma personalizada las derivaciones del nivel primario e interactúan entre sí. Esto originó actividades en común, especialmente en relación a los pacientes crónicos, e hizo evidente la necesidad de una Unidad de Adolescentes del nivel terciario, que se implementó con seis camas y que luego se amplió con la capacitación de personal y con labores docente-asistenciales. Esta red de servicios utiliza una ficha clínica estándar común en todos los niveles.

### **Etapa 3: Redes de servicios escolares**

De igual modo que en el proceso anterior, a medida que el Programa de Salud Escolar se consolidaba, se requirió de una mayor interacción para coordinar las actividades (tamizaje de salud con enfoque de riesgo; capacitación de profesores, padres y adolescentes; atención de salud). Este abordaje intersectorial requiere de una coordinación efectiva y permanente, con una adecuada referencia y contrarreferencia, tanto de los profesores hacia el nivel primario, como del nivel primario a la comunidad escolar y al sistema de salud del nivel secundario. Aquí también se utilizó la estra-

tegia de redes y se formó con los miembros de la Comisión Mixta de Salud y Educación una red de profesores (Figura 3). Esta red de profesores coordinó las actividades de salud y de educación, pero además inició actividades entre ellos para optimizar las actividades que las escuelas del sector realizan con adolescentes de la comuna.

Una estrategia interesante e innovadora de participación juvenil fue la formación de una Comisión de Salud y Educación con los propios adolescentes de las escuelas. Cada colegio eligió a un adolescente para esta actividad; dicho representante acudió a las reuniones con los profesionales de la Unidad de Adolescentes y definieron sistemas de referencia de adolescentes en riesgo o con necesidades específicas (por ejemplo, referencia al Programa de Consejería en Sexualidad). También seleccionaron acciones educativas de acuerdo a las necesidades reales de los jóvenes de la comuna, especialmente en temas como proyecto de vida e ingreso al campo laboral.

#### **Etapas 4: Redes de servicios comunitarios**

Para involucrar a los adolescentes que se encontraban fuera del sistema escolar, se diseñaron actividades de promoción de salud a través de adolescentes promotores de salud (Figura 3). Esta actividad consistía en capacitar a los adolescentes en una técnica específica tal como diseño gráfico, teatro ó deportes, pero adicionando un componente de desarrollo personal importante. Los talleres de teatro fueron muy exitosos y actualmente estos adolescentes realizan una obra-foro sobre el tema de sexualidad que se denomina “Yo Sara”. El taller de diseño gráfico fue el de mayor concurrencia y adherencia y derivó en una microempresa juvenil, en la que se les entrega además de la técnica, elementos de gestión, contabilidad y administración.

Para poder implementar actividades en la comunidad, nuevamente se usó la estrategia de redes y se formó una red de organizaciones que trabaja con jóvenes de la comunidad llamada red joven (Figura 4). La conformación de esta red en la comuna fue un trabajo lento y difícil de consolidar y se realizó a su vez en las siguientes etapas (35):

- a) Realización de un Catastro de Organizaciones Juveniles del sector, que sirvió para promover el conocimiento mutuo y la inserción de la Unidad de Adolescencia en la comunidad.
- b) Difusión a la comunidad de las actividades y recursos que ofrecen las distintas organizaciones, para lo cual se confeccionó una Guía de Servicios Comunitarios para Jóvenes, que sirvió de información y de coordinación y evitó la duplicación de actividades.
- c) Fomento de la utilización de los servicios de las organización de la red joven, de la cual la Unidad de Adolescencia pasó a ser un recurso más.
- d) Desarrollo de una relación colaborativa entre las distintas organizaciones para optimizar los recursos, lo que significaba realizar y financiar actividades en conjunto. Esta relación colaborativa se demoró en fructificar, pero durante el último año se realizaron numerosas actividades en conjunto, red-creando. Así por ejemplo, en la microempresa juvenil participan actualmente otras tres organizaciones juveniles por lo que ya dejó de ser un programa de la Unidad de Adolescencia.

- e) Autoperpetuación de la red dejando la capacidad instalada, que es la fase final, en que la red joven es independiente de las actividades y del liderazgo de la Unidad de Adolescencia. Esto requirió la identificación de líderes y su capacitación, lo que permitió después de tres años llegar a un plan de acción común anual de la red joven. Esta actividad no dejó de tener problemas tanto en la consolidación como en los elementos de contexto político contingente.

En resumen, este programa realizó actividades coordinadas desde la comunidad hasta el nivel terciario de atención, en una unidad geográfica, con especial énfasis en la salud del adolescente. Como se insertó en actividades específicas de los diferentes programas del centro de salud, fue rápidamente imitado como modelo de acción por los otros programas del nivel primario, actuando como un agente de cambio y validando las acciones intersectoriales e interdisciplinarias.

Un programa de adolescencia dentro del nivel local puede iniciarse en cualquier nivel de atención y/o en la propia comunidad. Si se inicia en la comunidad, se tiene que articular con los servicios y coordinarse con el sistema de salud y sus niveles de referencia. También puede iniciarse en el nivel terciario, donde por ejemplo, los pacientes crónicos exigen cada vez una mejor coordinación con los sistemas escolares y laborales para un desarrollo óptimo, lo que obligará a efectuar la coordinación con el nivel primario y las instituciones y organizaciones de la comunidad.

## VIII. Referencias

1. Maddaleno, M, Suárez, N. **Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en América Latina.** En: *La Salud de los Adolescentes y Jóvenes en Las Américas.* Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 524, 2ª Edición 1994 (en prensa).
2. Organización Panamericana de la Salud. **Sistemas locales de salud (SILOS).** Bol. Of. San. Panam. Vol. 109, N° 5 y N° 6, nov/dic, 1990.
3. Sebastián, Loureiro. **Conceptos y estrategias de integración con los servicios de salud a través del desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS).** En: *Programa UNI: Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud.* Ed. Kisil M, Chaves M. Fundación W.K. Kellogg, 1994 págs 38-42.
4. Organización Panamericana de la Salud. **La salud de los adolescentes y jóvenes de las Américas.** Publicación Científica N° 489. Edición 1985.
5. Organización Panamericana de la Salud. **Las condiciones de salud de las Américas.** Publicación Científica N° 524. Edición 1990.
6. Centro Latinoamericano de Demografía para América Latina (CELADE). **Proyecciones de población 1950-2025.** Año XXIII, N° 45. Santiago, Chile. enero de 1990.
7. Maddaleno, M. **Health in Adolescents in Latin American Countries: Are they Healthy?** Special Project Report. Epidemiology and Preventive Medicine Track. MPH Program, George Washington University, Washington D.C., 1990.
8. United Nations. **Prospects of World Urbanization.** Demographic and Health Survey Reports. New York, 1988.
9. United Nations Educational, Scientific And Cultural Organization (UNESCO). **World Education Report 1993.** France 1993, pág. 56.
10. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). **Statistical Yearbook For Latin America and the Caribbean,** 1993.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). **Tendencias actuales y perspectivas de los jóvenes en América Latina y el Caribe.** División de Desarrollo Social. Santiago, Chile 1992.
12. United Nations Educational, Scientific And Cultural Organization (UNESCO). **Statistical Yearbook**

1992. France, 1992.
13. Maddaleno, M, Silber T. **Epidemiological View of Adolescent Health in Latin America.** Journal of Adolescent Health Care, Vol. 14, N° 8, December 1993: pág. 595.
  14. Susheela Singh, Deirdre Wulf. **Today's adolescents, Tomorrow's Parents: A Portrait of The Americas.** The Alan Guttmacher Institute. New York, 1990.
  15. United Nations. **Adolescents Reproductive Behavior: Evidence from Developed Countries.** Vol. I & II, New York, 1990.
  16. Organización Panamericana de la Salud. **Drogas.** Bol. Of. San. Pan. Vol 107, N° 6, 1989.
  17. Centro Latinoamericano de Demografía para América Latina (CELADE). **Boletín Demográfico CELA-DE.** XXVI-52. Santiago, Chile, julio, 1993.
  18. Millstein S, Litt I. **Adolescent Health at the Threshold: The Developing Adolescent.** Ed. Feldman S, Elliot G. England; Harvard University Press. 1990: pág. 431.
  19. Florenzano, R. Maddaleno, M. Zubarew, T. Pérez, V. Vega, J. **Análisis comparativo de distintos sistemas de atención del adolescente en el area Oriente de Santiago.** Revista Chilena de Pediatría, Santiago, Chile. Vol. 64, N° 4, pág. 216, julio-agosto de 1992.
  20. Unger, G. y Col. **Diagnóstico participativo de salud en adolescentes y jóvenes urbanomarginales.** Proyecto Kellogg, 1992.
  21. Lanphier, M. **Public Health Issues that Affect the Delivery of Adolescent Health Care.** The Society of Adolescent Medicine Newsletter. Vol I, N° 1, Summer, 1990.
  22. Maddaleno, M. **Organización de sistemas de atención de salud para adolescentes y jóvenes.** Corporación de Promoción Universitaria. Documento 52. 1992
  23. Weinstein, J. **Los jóvenes pobladores y el estado: Una relación difícil.** UNICEF/CEDEP. Santiago, Chile, 1990.
  24. Moreno, E. **Youth in Latin America and the Caribbean. Proposal for the Decade.** Kellogg Foundation Report. May, 1990.
  25. Perrone, N. Nirenberg, O. **Notas para trabajar en red.** Documento Mimeografiado. CEADEL, Buenos Aires, 1990.
  26. Dryfoos, J. **Adolescents at Risk. Prevalence and Prevention.** New York: Oxford University Press, pág. 227, 1990.
  27. Alarid, H.J. **Bases para la programación en los sistemas locales de salud.** En: Paganini, J.M. Capote, Mir R. eds. *Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias.* Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 519, págs. 314-20. Washington, D.C., 1990.
  28. Moreno, E. Serrano, C. García, T. **Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente.** Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., HMP/GDR-3/94.1. noviembre, 1993.
  29. Paganini, J.M. **Programación en los sistemas locales de salud.** En: Paganini, J.M, Capote, Mir R. eds. *Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias.* Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 519, págs. 303-314. Washington, D.C., 1990.
  30. Paganini, J.M. **Los sistemas locales de salud y las acciones integradas de salud.** En: Paganini, J.M. Capote, Mir R. eds. *Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias.* Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 519, págs. 483-486. Washington, D.C., 1990.
  31. Restrepo, H. Amate, A. Anzola, E. **Los sistemas locales de salud y la salud del adulto.** En: Paganini, J.M. Capote, Mir R. eds. *Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias.* Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 519, págs. 497-512. Washington, D.C., 1990.
  32. Tancredi, F. Kisil, M. **La estructura de la planificación.** En: Programa UNI: *Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud.* Ed. Kisil, M. Chaves, M. Fundación W.K. Kellogg, págs. 71-87, 1994.
  33. Zubarew, T. Suárez, N.E. **Evaluación de servicios.** Reunión para la Discusión de Instrumentos de Evaluación de los Servicios de Atención del Adolescente. Organización Panamericana de la Salud. Río de Janeiro, agosto, 1994.
  34. Fernández de Busso, N. **Condiciones trazadoras en adolescentes.** Reunión para la Discusión de Instrumentos de Evaluación de los Servicios de Atención del Adolescente. Organización Panamericana

- de la Salud. Río de Janeiro, agosto ,1994.
35. Jiménez, L. y Col. **Fundamentos de una red de organizaciones comunitarias para adolescentes y jóvenes.** Proyecto de Juventud, (en prensa).
36. Zubarew, T. **Aplicación de instrumentos de evaluación de calidad de atención de servicios para adolescentes.** Informe Final Reunión de Instrumentos de Evaluación de Servicios. Organización Panamericana de la Salud. Santiago, Chile, noviembre, 1993.

## **IX. Anexos**

### **Anexo 1**

#### **Instrumento de diagnóstico de la situación de salud de los adolescentes y jóvenes**

(Traducido y adaptado del **Curso de Capacitación en Gerencia**. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. OPS/Brasil, 1993, para el Curso de Multiplicadores de Santiago de Chile, 1994).

#### **1. Propósito**

Identificar y analizar las características de la población de adolescentes del área de trabajo y su contexto.

#### **2. Objetivos**

- 2.1 Describir las características demográficas y las condiciones de vida de los adolescentes;
- 2.2 Analizar la estructura de morbimortalidad de los adolescentes;
- 2.3 Identificar y describir los tipos de servicios que se ofrecen a la población adolescente;
- 2.4 Identificar los medios de producción en una Unidad de Adolescentes;
- 2.5 Identificar y describir los recursos existentes en el área, organizaciones populares, organizaciones no gubernamentales y organizaciones gubernamentales, entre otras;
- 2.6 Analizar el grado de coordinación y articulación de los recursos;
- 2.7 Analizar la cobertura de los servicios, el impacto o el grado de satisfacción de la población en relación a los servicios entregados;
- 2.8 Identificar las fuerzas sociales que determinan la organización y/o funcionamiento de los servicios de salud de adolescentes y su racionalidad.

#### **3. Actividades**

- 3.1 Investigar los datos básicos del área y de la población adolescente:

##### 3.1.1 Población

- Superficie total y límites comunales
- Población total/población asignada al consultorio
- Población urbana rural
- Distribución etárea y género
- Tasa de crecimiento poblacional
- Procesos de migración
- Formas de organización social

### 3.1.1 Población

- Superficie total y límites comunales

### 3.1.2 Situación escolar laboral y socio-económica

- Fuerza de trabajo de la población general y de los jóvenes
- Actividades laborales de la población general y joven
- Tasa de desempleo de la población general y joven
- Porcentaje de deserción escolar por grado, tipo de enseñanza y causas
- Establecimientos educacionales de la comuna
- Actividades recreativas de los jóvenes en la comuna
- Participación juvenil (política, organizaciones, otras)

### 3.1.3 Indicadores de salud de la comuna

- Tasa de mortalidad general e infantil
- Cobertura de vacunación
- Perfil de morbilidad general y de los adolescentes
- Población desnutrida menor de 6 años
- Población desnutrida menor de 1 año

### 3.1.4 Condiciones de saneamiento básico y transporte.

3.2 Identificar **desde el punto de vista de salud**, cuáles son los principales problemas de salud que afectan a la población adolescente. Analizar el perfil de morbilidad. Utilizar diferentes fuentes de información tales como judiciales, policiales y otras (porcentajes de detención por ebriedad, embarazos, caries dentales, consumo de sustancias).

3.3 Investigar cuál es la percepción del contenido del inciso anterior (3.2), en **los adolescentes mismos** (se puede utilizar la metodología de grupos focales).

3.4 Comparar e identificar los puntos convergentes y divergentes entre los diagnósticos de 3.2 y 3.3; analizar su significado (**percepción de los diferentes actores**).

3.5 Recoger la información sobre morbimortalidad de los adolescentes y jóvenes en el área; incluir otros indicadores de salud, si existe información.

3.6 Comparar los datos de morbimortalidad de los adolescentes con las condiciones de vida y las características de la población adolescente.

3.7 Elaborar las conclusiones y compararlas con la percepción de los principales problemas de salud de los propios adolescentes.

## 4. Servicios y productividad

4.1 Investigar que tipo de servicios presta la Unidad de Atención de Salud a la población adolescente: consulta médica, odontológica, control de salud, vacunas, exámenes, visitas domiciliarias, actividad educativa, vigilancia epidemiológica, atención de urgencia, distribución de alimentos y medicamentos.

- 4.2 Investigar las características y la infraestructura de la Unidad de Salud aplicando el instrumento de Condiciones de Eficiencia.
- 4.3 Investigar la siguiente información de producción de servicios referente al último mes o al último año.

### Estudio de producción de servicios

ESPECIFICACIONES

NÚMEROS  
MES (    ) AÑO (    )

- 1. Consultas
  - 1.1 médicas .....
  - 1.2 psicológicas .....
  - 1.3 terapeutas .....
  - 1.4 psicopedagógicas .....
  - 1.5 odontológicas .....
  - 1.6 matronas .....
  - 1.7 especialistas.....
  - 1.8 otras.....
- 2. Vacunaciones completas .....
- 3. Exámenes de laboratorio.....
- 4. Exámenes de rayos X .....
- 5. Otros.....

Calcular la producción de la Unidad de Salud relacionando los datos demográficos (población total entre 10 y 19 años) con los datos de producción. Analizar los siguientes indicadores de cobertura:

$$\text{CONSULTA POR ADOLESCENTE/AÑO} = \frac{\text{Total de consultas médicas}}{\text{Población adolescente del área}}$$

$$\text{CONSULTA ESPECIALIZADA} = \frac{\text{Nº de consultas especializadas}}{\text{Nº de consultas médicas}} \times 100$$

Calcular la productividad de la Unidad con el siguiente ejemplo:

$$\text{PRODUCTIVIDAD} = \frac{d \times 100}{a \times b \times c} \quad \text{en donde:}$$

a = N° de médicos de 4 horas/día = 3 médicos para morbilidad en la Unidad de Adolescentes.

b = Atención de 16 consultas por jornada de 4 horas/día (rendimiento de 4 pacientes por hora)

c = días útiles del mes (20)

d = N° de consultas realizadas en el mes = 800 consultas.

$$\text{La productividad del ejemplo sería} = \frac{800 \times 100}{3 \times 16 \times 20} = 83\%$$

## Anexo 2 Instrumento de accesibilidad

(Traducido y adaptado del **Curso de Capacitación en Gerencia**. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. OPS/Brasil, 1993, para el Curso de Multiplicadores de Santiago de Chile, 1994).

### 1. Entrevista al usuario de la Unidad de Adolescentes

1.1 Al inicio de la atención, después de la llegada del adolescente se procede al registro de:

- Nombre: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_ Género:  masculino  femenino
- Dirección: \_\_\_\_\_
- Estudia: \_\_\_\_\_ Trabaja: \_\_\_\_\_
- Previsión:  no  sí cuál \_\_\_\_\_
- Medio de transporte para llegar a la unidad: \_\_\_\_\_
- ¿Es la primera visita a la unidad? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo fue recibido? \_\_\_\_\_
- ¿Quién lo recibió? \_\_\_\_\_
- Tiempo de espera entre la llegada y la atención: \_\_\_\_\_
- Motivo de consulta: \_\_\_\_\_
- Tiene citación previa:  no  sí por \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es su expectativa en cuanto a la solución del problema que motiva su visita?

---

---

---

1.2 Después de la atención del adolescente, se necesita registrar:

- Si permaneció mucho tiempo en la Unidad:  si  no

En qué lugar \_\_\_\_\_

- ¿Si faltó al trabajo/la escuela para su atención?  si  no

¿Cuántas veces faltó? \_\_\_\_\_; ¿le dieron comprobante?  si  no

- ¿Le explicó el personal lo que tenía que hacer?  si  no

- ¿Cuáles fueron los problemas encontrados?

---

---

---

- ¿Se resolvió el problema que lo trajo a la Unidad?  si  no

¿Por qué no?

---

---

---

2. Entrevista con: **a) Líderes juveniles de las organizaciones sociales**  
**b) Trabajadores de salud de la unidad**

• Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

• Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

• Dirección:

---

---

---

• Propósito de la institución:

---

---

---

- ¿Cuáles son los factores que facilitan o dificultan la utilización de servicios de la Unidad de Adolescentes?

- Facilitan: \_\_\_\_\_

---

- Dificultan: \_\_\_\_\_

---

- ¿Cuáles son los principales problemas de salud de la población adolescente?

---

---

---

- ¿Cuáles son los problemas que resuelve la Unidad de Adolescentes?

---

---

---

- ¿Qué otros servicios necesitan los adolescentes?

---

---

---

- ¿Por qué?

---

---

---

- ¿Qué medios utilizan los adolescentes para resolver sus problemas?

---

---

---

- ¿Cómo debería funcionar la Unidad de Adolescentes?

---

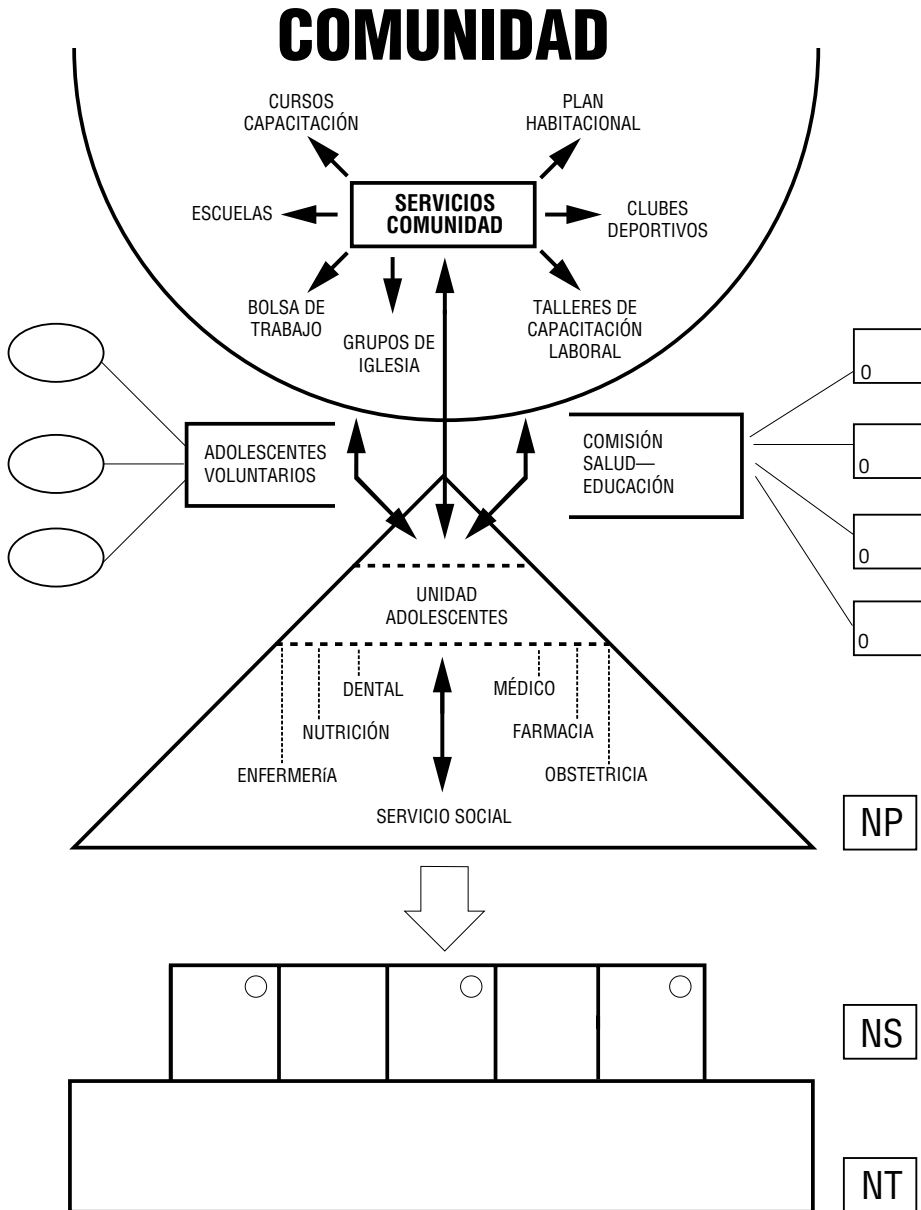
---

---

### Anexo 3

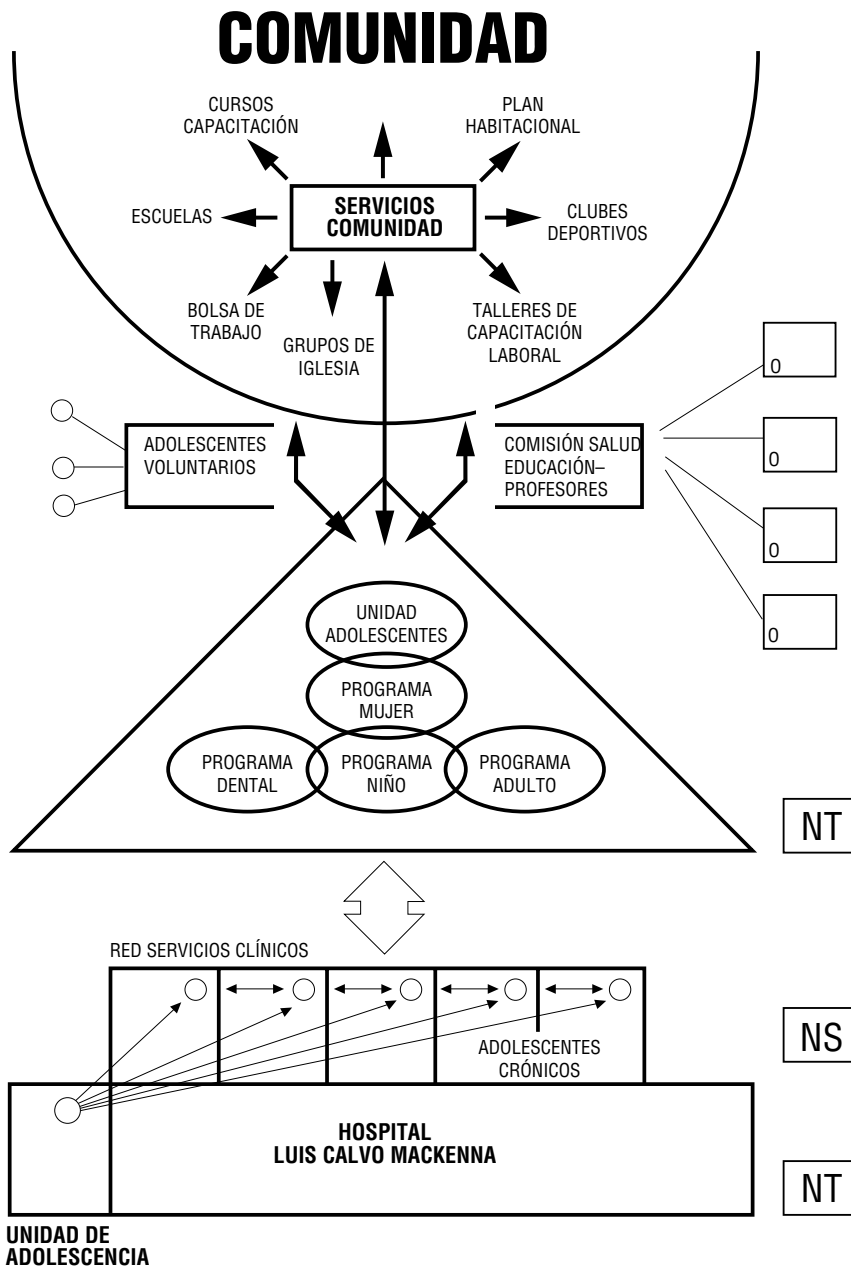
## Figuras correspondientes al estudio de caso

FIGURA 1



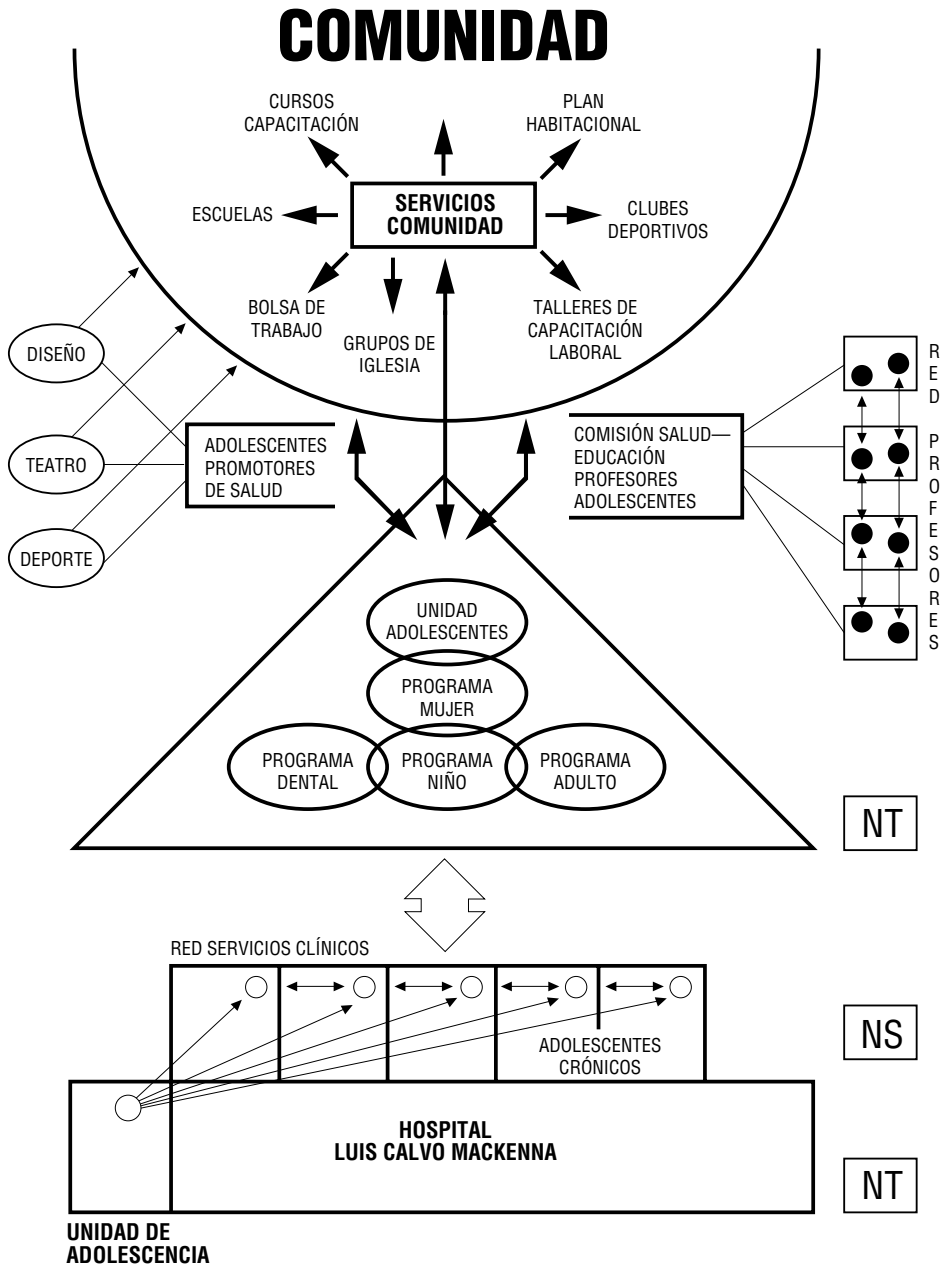
**Anexo 3 (Cont.)**  
**Figuras correspondientes al estudio de caso**

FIGURA 2



**Anexo 3 (Cont.)**  
**Figuras correspondientes al estudio de caso**

FIGURA 3



**Anexo 3 (Cont.)**  
**Figuras correspondientes al estudio de caso**

FIGURA 4

