

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN SALUD A HOMBRES Y MUJERES ADOLESCENTES Y JÓVENES. ÉNFASIS, RETOS Y POSIBILIDADES DE ACCIÓN

Tatiana Sánchez-Parra¹
Ana María Barragán-Díaz²
Juan Manuel Duque-Vargas³

RESUMEN

Introducción: En las agendas intersectoriales se ha posicionado la necesidad de diseñar e implementar estrategias de atención diferencial en salud para adolescentes y jóvenes y asumir los grandes retos que esto implica, particularmente en el contexto de los modelos neoliberales de salud, que se han ido consolidando en países como Colombia. *Método:* Revisión no sistemática de literatura de las bases de datos JSTOR, Medline y SciELO. *Conclusiones:* A pesar de los compromisos de la comunidad internacional con este asunto, la implementación de estrategias de atención diferencial para esta población no ha tenido un impacto significativo ni en la transformación y creación de dichas estrategias ni en el bienestar y desarrollo de las personas. Como aprendizajes significativos para avanzar en estas propuestas es prioritario la participación comunitaria en el diseño, desarrollo y evaluación de las estrategias; al igual que generar procesos coherentes de capacitación a quienes brindan la atención en salud, tanto en términos técnicos como en términos de habilidades interpersonales que les permita relacionarse con esta población de una manera digna y sin prejuicios ni exclusiones. Por último, la pauperización de las condiciones laborales es un aspecto importante en la calidad de la atención en salud.

Palabras clave: servicios en salud, adolescencia, juventud.

HEALTH CARE STRATEGIES FOR ADOLESCENT AND YOUNG MEN AND WOMEN. EMPHASIS, CHALLENGES AND POSSIBILITIES FOR ACTION

ABSTRACT

Introduction: The need to design and implement differential health care strategies for adolescents and youth and to assume the challenges that this implies has positioned itself in intersector agendas; particularly in the context of neo-liberal health models that have been consolidating in countries such as Colombia. *Method:* Non systematic review of literatura of the JSTOR, Medline, and SciELO data base. *Conclusions:* Despite the commitments of the

- 1 Magíster en Antropología Social. Antropóloga, Hospital Pablo VI Bosa ESE Comunidades Saludables, Bogotá, Colombia.
- 2 Socióloga, Hospital Pablo VI Bosa ESE Comunidades Saludables, Bogotá, Colombia.
- 3 Médico, Hospital Pablo VI Bosa Referente de Investigación, Bogotá, Colombia.

international community regarding this issue, implementation of differential care strategies for this population has not had a significant impact either on the transformation and creation of such strategies or on the well-being and development of persons. As a significant learning to advance in these proposals, the community's participation in the design, development and assessment of strategies, as well as the need to generate coherent training processes for those who offer health care, both in technical terms and interpersonal skills that will enable them to relate to this population, in a dignified manner without prejudices or exclusions, is identified as a priority. Finally, the pauperisation of the working conditions is an important aspect in health care quality.

Key words: Health services, adolescence, youth.

Introducción

Entre finales de la década de los setenta y mediados de la década de los ochenta, la comunidad internacional y diferentes movimientos sociales lograron plasmar su voluntad e interés por garantizar el derecho a la salud a las poblaciones del mundo. Tal hecho significó un avance sin precedentes en la materia. Con la Declaración de Alma-Ata (1) y la Carta de Ottawa (2) se asumió no solo que la salud era un derecho humano fundamental que trascendía la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que para lograr el desarrollo económico de los países del mundo era necesario proteger y promover la salud de todos y todas.

A partir de entonces, la salud de las poblaciones debía pensarse de una manera integral, lo cual implicaba el surgimiento de nuevos elementos para el diseño y desarrollo de los procesos. Así, desde Ottawa se sugirieron cinco aspectos que pretendían servir de ordenadores para la respuesta del sector salud (3):

1. Reducir las inequidades en el acceso a la salud y ampliar las oportunidades para mejorar la salud de las poblaciones.
2. Monitorear y evaluar las características y dinámicas de los contextos socioeconómicos, culturales, políticos y ecológicos en los que se desarrolla la vida de las personas.
3. Fortalecer las redes sociales en cuanto estas determinan en gran medida los valores y comportamientos asociados al proceso de salud-enfermedad, así como son la base para llevar a cabo estrategias de afrontamiento de la enfermedad y generación de lógicas más saludables de la salud.

4. Promover en las personas comportamientos en salud positivos y generar estrategias de afrontamiento apropiadas para la transformación de estilos de vida.
5. Fortalecer los procesos de educación e información que, desde el reconocimiento de los contextos de las poblaciones, comuniquen aspectos importantes relacionados con el proceso de salud-enfermedad.

Con el fin de lograr la consolidación y el desarrollo de dicha respuesta integral que le permitiera a la comunidad internacional garantizar el derecho a la salud de sus poblaciones, se acordaron nuevas estrategias que articulaban la participación comunitaria con la prestación de la atención asistencial a través de estrategias como el *fortalecimiento de la acción comunitaria*, el *desarrollo de habilidades y competencias* y la *reorientación de los servicios de salud* (2). Desde este enfoque surgieron propuestas de atención en salud centradas en poblaciones particulares que eran consideradas fundamentales para alcanzar el desarrollo de los distintos países y, así, garantizar mejor calidad de vida para las personas.

Desde finales de la década de los ochenta, la comunidad internacional ha reconocido dentro de las prioridades para lograr su desarrollo social, económico y político la necesidad de promover la salud integral de los hombres y de las mujeres adolescentes y jóvenes. Esto al entender que durante la adolescencia (10-20 años) las personas, entre una serie de cambios físicos, se individualizan y construyen como sujetos

con características particulares que median sus intereses, lógicas y prácticas, y durante la juventud (21-24 años), con unos cambios físicos consolidados, definen sus roles sociales y estilos de vida (4,5). Así, a comienzos de la década de los noventa, la salud de estas personas se planteaba por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud como “un desafío impostergable para la sociedad, ya que esta debe asegurar que ellos alcancen su pleno potencial y puedan contribuir a un futuro saludable” (6).

De esta manera, fortalecer y mejorar la atención en salud de esta población se priorizó desde diversos puntos, y aquellos quienes veían en la prevención de los factores de riesgo un bastión importante en el desarrollo de los individuos, planteaban que era en esta etapa del ciclo vital cuando se podían generar cambios que fueran significativos en la prevención de enfermedades (5). Así mismo, el fortalecimiento de los vínculos entre adolescentes y jóvenes y el sector salud debiera traducirse, eventualmente, en el aumento y buen uso de los servicios de salud —situación que se mostraba conflictiva desde sus inicios— (7).

Ahora bien, al hacer una lectura sobre el desarrollo de las estrategias de atención en salud para esta población, es necesario comprender que, a la vez que a finales de los años setenta y a comienzos de los ochenta se planteaban apuestas significativas con el objetivo de garantizar la salud de todos, también en ese momento el mundo era escenario de transformaciones económicas y políticas que consolidaban sistemas de seguridad social de corte neoliberal. Esto implicó que mediante la imposición de políticas de ajuste estructural se redujera la inversión en salud por parte de los Estados que se sometieron a dichas políticas, los cuales empezaron a asumir solo las acciones en salud que se entendían como costo-efectivas (8). Así, las respuestas en salud que surgen en el contexto de este tipo de sistemas de seguridad social deben tener en cuenta que estos se componen principalmente por dos elementos: “el aseguramiento privado

para la clase trabajadora y la asistencia pública focalizada en los más pobres” (8). Esto determina el alcance y el desarrollo que pueda tener una propuesta de respuesta integral en salud con una atención diferencial.

La privatización de la atención en salud ha avanzado rápidamente y las reformas del sector han tendido a la descentralización en los servicios y a la transformación de las formas de financiamiento, y ello ha impactado significativamente en la calidad y dignidad de dicha atención y, por lo tanto, en la garantía del derecho a la salud (9). Esta relación entre salud y capital genera una de las principales tensiones, dado que atenta contra la equidad en salud, la cual alude a la minimización de desigualdades evitables en la salud entre grupos humanos con diferentes privilegios sociales (10,11).

En este sentido, y teniendo en cuenta que la comunidad internacional identificó como prioritaria la atención en salud a hombres y mujeres adolescentes y jóvenes para lograr el desarrollo de los países, los grandes retos han estado centrados en cómo garantizar el derecho a la salud para todos con una atención digna, integral y sin barreras de acceso en el contexto de los modelos de seguridad social predominantes. Así, este artículo se presenta como una revisión de diferentes estrategias de atención en salud que se han propuesto para esta población, desde sus énfasis, retos y propuestas. Esto con el propósito de aportar un elemento para avanzar en la implementación coherente de ese tipo de respuesta.

Materiales y métodos

Este artículo se realizó a partir de una revisión narrativa de literatura relacionada con estrategias de atención en salud para hombres y mujeres adolescentes y jóvenes. Se acudió a las bases de datos JSTOR, Medline, SciELO y al buscador Google Scholar. Los términos de búsqueda se validaron a través de MeSH Data Base y las palabras clave escogidas fueron: *Health Service Youth, Health Care Youth, Health Strategies*

Youth, Health Programmes Youth, Health Initiatives Youth, Outpatient Health Services, Adolescent Health Service, Public Health Practices, Health Promotion, Outcome Assessment.

Se seleccionó material tanto en inglés como en español. El periodo establecido para la búsqueda fue entre 1990 y 2010. Se consultaron artículos primarios y revisiones sistemáticas. También se incluyeron documentos correspondientes a planes, programas, políticas y ponencias a congresos. Según el tipo de abordaje de investigación, se incluyeron artículos cuantitativos y cualitativos.

La lectura, categorización y análisis de la literatura encontrada estuvo guiada por tres preguntas:

- ¿Qué estrategias de atención en salud para hombres y mujeres adolescentes y jóvenes se identifican?
- ¿Qué aspectos en salud son abordados de forma específica para esta población desde dichas estrategias?
- ¿Cuáles son las debilidades o dificultades para la implementación de las estrategias de atención en salud para hombres y mujeres adolescentes y jóvenes?

Estrategias de atención en salud diferencial para hombres y mujeres adolescentes y jóvenes: una preocupación creciente

La atención en salud para personas adolescentes y jóvenes se ha priorizado en el mundo desde la década de los ochenta; sin embargo, es importante resaltar que ya desde comienzos del siglo XX se hacían avances frente a lo que se ha llamado *medicina adolescente*, y hacia la década de los setenta se pueden identificar en países como México (12) y Colombia experiencias concretas que se aproximaban a la atención diferencial. No obstante, estas contaban con grandes deficiencias y un enfoque bastante fragmentado que permaneció durante varias décadas. Por eso para los años noventa dichos servicios en salud con atención diferencial se habían desarrollado en muy pocos centros de salud que pertenecían

a hospitales de mediana o alta complejidad, en áreas exclusivamente urbanas y con bajos índices de adherencia (4).

El interés de la comunidad internacional por consolidar estrategias de atención diferencial que favorecieran la salud de esta población se fortaleció hacia el cambio del milenio, cuando las voluntades y los acuerdos entre los Estados y la ciudadanía se afianzaron y buscaron materializarse mediante la gestión efectiva para lograr el tipo de atención diferencial que se estaba buscando. En este sentido, el tema entró a hacer parte de las agendas y quedó plasmado en políticas públicas y en compromisos gubernamentales.

En el caso de México, a comienzos del segundo milenio el Consejo Nacional de Vacunación, como instancia técnica administrativa de la Secretaría de Salud que coordinaba el Programa de Atención a la Salud del Niño, se transformó en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia e inició así la creación del Programa de Acción para la Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PAASA) (9). Así, actualmente, México cuenta con 240 unidades amigables de atención para adolescentes (casi una por jurisdicción sanitaria en el país). De igual manera, ese país desarrolló un Programa Nacional de Atención a la Salud de la Adolescencia, formulado para el periodo 2001-2006 y que contó con participación de organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales (12).

En el caso de Colombia, terminando la primera década del segundo milenio, los “servicios amigables en salud” para hombres y mujeres adolescentes y jóvenes hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) —con las limitaciones que impone un sistema de salud de corte neoliberal— y se plantean dentro de la gestión integral; incluso se sugieren de manera intersectorial y transectorial. Según el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, un servicio amigable en salud:

[...] constituye una “forma” de concebir la actividad diaria al interior de las unidades de atención en salud. Esta “forma” orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva. (13)

No obstante, es importante mencionar que, en términos generales, las estrategias de atención que han surgido de estos contextos no han mostrado impactos significativos en el proceso de salud-enfermedad y el desarrollo de adolescentes y jóvenes. La comunidad internacional ha identificado que la generación de compromisos y políticas públicas es insuficiente en contextos de salud neoliberales y que no reconocen las particularidades de una población sumamente heterogénea (4,14).

¿Qué problemáticas en salud se les reconocen a adolescentes y jóvenes?

A pesar de que la comunidad internacional priorizó la atención en salud a esta población desde la década de los ochenta, como una necesidad para lograr el desarrollo económico y social de los países, aun en la década de los noventa no era claro qué tipo de atención en salud requería, particularmente debido a su relativa baja mortalidad (4,5). Entre finales de los años ochenta y a lo largo de los años noventa, las problemáticas del proceso de salud-enfermedad que llamaban la atención en la priorización de respuestas para las personas adolescentes y jóvenes estaban orientadas a aspectos psicosociales, al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y a las diferentes violencias que afectaban su desarrollo (4,15).

Con el cambio de milenio, la salud sexual y reproductiva asumió un lugar protagónico en la agenda de respuesta a esta población (12,16). Esta priorización empezó a consolidarse claramente para la comunidad internacional cuando en la década de los noventa la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) subrayó la necesidad

de considerar a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos.

Uno de los objetivos fijados por la CIPD fue asegurar el acceso voluntario y universal a una gama completa de servicios de salud reproductiva e información al respecto antes del 2015. De este modo se amplió el alcance de los derechos reproductivos y se rompió la visión tradicional y restringida al abandonar el enfoque centrado en la fecundidad para sustituirlo por otro que integraba a la salud reproductiva, la planificación familiar, la educación, la igualdad y la equidad de género (17).

Aunque en la década de los ochenta se empezaron a desarrollar planes y programas que buscaban abordar el tema de la salud sexual y reproductiva, en casos como en el Colombia estos se planteaban de manera aislada y no tenían un enfoque particular en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes (18). Durante la década de los noventa, y a pesar de que este tema no se había asumido aún como una prioridad nacional para la planeación de la respuesta estatal, el Ministerio de Educación colombiano, desde el Viceministerio de la Juventud, estableció la educación sexual como un elemento obligatorio para el pénsum académico en todos los grados, desde el preescolar hasta el último grado.

Sin embargo, para el caso colombiano, es posible ver que a partir de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (19), el tema no solo de la salud sexual y reproductiva, sino el de los derechos en salud sexual y reproductiva se ha posicionado y dinamizado, al abordar diversos aspectos como el VIH y sida, la violencia doméstica y sexual, la detección precoz de cáncer de cuello uterino, la mortalidad materno-infantil, la gestación en adolescentes y los servicios de salud sexual y reproductiva (20).

La priorización de estas temáticas en las agendas en salud de los países del mundo se materializa en la formulación de políticas públicas, al igual que en el diseño e implementación de iniciativas de diversas índoles que promueven la articulación entre el sector público y el privado

(13). En este sentido, para el caso colombiano es posible señalar iniciativas como la del *Modelo de gestión para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (Modeser)* del 2006 (20), el cual surgió en el marco del convenio entre el Instituto de Bienestar Familiar (ICBF) y la Unión Europea, con el proyecto de *Derechos sexuales y reproductivos dirigido a niños, niñas, jóvenes y familias en situación de calle y vulnerabilidad*, que ejecutó la Universidad Nacional de Colombia. Esta experiencia se presenta como una alternativa para desarrollar acciones en salud de bajo umbral que, por lo tanto, no están supeditadas a las limitaciones del SGSSS. Su diseño y su operación tienen como ejes conceptuales los derechos sexuales y reproductivos, la teoría de las redes sociales, la participación comunitaria y la gestión social. Así, es evidente una apuesta política por el empoderamiento comunitario, la inclusión y la garantía del derecho a la salud de todas las poblaciones.

Siendo coherente con esta postura política, el enfoque del *Modeser* está basado en la propuesta del *Community Based Treatment* (CBT), por medio de los centros de escucha. Ello permite avanzar —desde estrategias de bajo umbral— en la disminución de barreras de acceso en salud a través del reconocimiento de las diferentes realidades y la vinculación de los hombres y mujeres adolescentes y jóvenes en la transformación tanto de sus propios contextos como de los contextos de sus pares. Debido a que el *Modeser* prioriza las poblaciones en “extrema vulnerabilidad social”, plantea una estrategia que permite que la intervención comunitaria sea amplia y no esté supeditada al aseguramiento dentro del SGSSS. En el mismo sentido, se centra en la “reducción del daño” y, desde acá, orienta los procesos y las acciones a enfoques más promocionales y participativos (20).

En el mismo sentido de las experiencias que se han diseñado para la atención en salud de esta población, en un convenio que hace evidentes las voluntades del sector privado y público, para el

2007 se consolida en Colombia la articulación entre el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas y el Ministerio de la Protección Social, con el fin de fortalecer tanto modelos como iniciativas que promuevan el cumplimiento de las metas que se han propuesto desde la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en las direcciones territoriales y empresas aseguradoras y prestadoras de planes de beneficios. Dicho convenio parte del reconocimiento de que es necesario:

[...] implementar acciones de promoción de la demanda temprana y la prestación de servicios de atención integral y sin barreras [...], en un marco de equidad de género, derechos sexuales y reproductivos y manejo social del riesgo (13) [para hombres y mujeres adolescentes y jóvenes en el caso de la SSR].

Ahora bien, de manera paralela se ha consolidado la preocupación por identificar y prevenir los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas que llegaron con lo que se ha llamado el *segundo tránsito epidemiológico* (21). Para la comunidad internacional, el reconocimiento de la importancia de las personas adolescentes y jóvenes en pro del desarrollo económico y político de los países del mundo está estrechamente vinculado con el planteamiento de que en esta etapa del ciclo vital se pueden generar cambios significativos en la prevención de enfermedades crónicas que le implican altos costos a los estados y disminuyen las capacidades de sus poblaciones (5). En este sentido, se han puesto en la agenda intersectorial de los países problemáticas como el consumo de alcohol y tabaco, la falta de actividad física y los hábitos alimenticios poco saludables (22-27).

Retos para el desarrollo de estrategias de atención en salud para hombres y mujeres adolescentes y jóvenes

Al terminar la década de los ochenta, la atención en el primer nivel era escasa y no estaba al alcance de la población que vivía en los contextos

de mayor fragilidad social (4). Se empezaban a hacer visibles los grandes retos que debía asumir la consolidación de este tipo de atención para lograr una respuesta integral y coherente con las características, necesidades y potencialidades de las personas de esta etapa del ciclo vital. En el marco de lo que se plantea como salud integral para esta población —con las prioridades y estrategias asumidas por la comunidad internacional— es posible señalar algunos elementos que siguen vigentes al día de hoy como retos para lograr implementar estrategias de atención en salud diferenciales en el contexto de los sistemas neoliberales de seguridad social:

1. Baja adherencia de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y a los tratamientos (4). Asociado a esto se identifican, en algunos casos, elementos culturales y sociales como vergüenza por parte de esta población de ser vista en los centros de salud y desconfianza y temor por recibir un trato hostil con prejuicios por parte de los servidoras de salud (5,12,28,29).
2. Los adolescentes y jóvenes que se encuentran en los mayores contextos de fragilidad social, como quienes son habitantes de calle, quienes no están escolarizados y quienes habitan en zonas rurales, tienen mayores barreras de acceso a los servicios de salud (4,20,30,31).
3. La carencia de estrategias de comunicación en salud coherentes con esta población (4,32,33).
4. Las personas que trabajan en los servicios de salud no se encuentran sensibilizadas ni capacitadas frente al trabajo con hombres y mujeres adolescentes y jóvenes (4,13,34,35).
5. Los servicios en salud, que cuentan con pocos aspectos adaptados para la atención diferencial a esta población. Entre esos se pueden enunciar: infraestructura inadecuada para proporcionar estos servicios con privacidad, confidencialidad y calidez, horarios que no concuerdan con los espacios de tiempo libre de esta población y ubicación distante de zonas en las que se georreferencian personas adolescentes y jóvenes (4,12,13,28,32).
6. La representación social generalizada que define a adolescentes y jóvenes como personas problemáticas, conflictivas e irresponsables, que se traduce en un trato excluyente y una atención poco digna en salud (20,32,36). Así, un elemento fundamental que media tanto las dinámicas de consulta de esta población como la atención en salud que les es brindada por quienes lleven a cabo la atención en salud es el estigma que se ha construido frente a aspectos como la sexualidad adolescente y juvenil (18,37).
7. Las condiciones estructurales que definen las políticas y los programas en salud de muchos de los países de la región establecen costos que, en gran parte de los casos, ni adolescentes y jóvenes ni sus familias pueden asumir (9,28).
8. Esta población no se siente reconocida dentro de los sistemas de seguridad social (38,39).
9. La falta de sistemas de información, evaluación y seguimiento de las acciones de salud para la sistematización y toma de decisiones sobre las problemáticas en salud de hombres y mujeres de esta etapa del ciclo vital. Dado que las múltiples actividades y estrategias que existen han sido creadas en distintos ámbitos del sistema de salud y de educación, hay una falta de acoplamiento y de monitoreo de ellas con una visión del país en su conjunto, y las políticas nacionales no siempre se han traducido en programas concretos (14,40).
10. La poca claridad y desarrollo del tema de los parámetros de confidencialidad. Este es un aspecto que se ha subestimado en la generación de estrategias efectivas de atención en salud a esta población (41), teniendo como obstáculo para su diseño e implementación elementos como el temor por parte de las prestadoras de salud a incurrir en aspectos

del ámbito legal en casos como asesorías e intervenciones en planificación familiar (13) o del ámbito social como tensión con las familias (42).

11. Las actuales condiciones laborales se han identificado como uno de los grandes retos para la implementación de servicios integrales que presten una atención digna y diferencial. Esto, en la medida en que los altos índices de rotación entre las personas que trabajan en salud, la vinculación de profesionales no especializados con bajos salarios y el agotamiento de profesionales y técnicos (por ejemplo, por tener múltiples trabajos con el fin de lograr ingresos más estables) conllevan un débil vínculo entre estas personas y los procesos de atención en salud con calidad y dignidad (14).

Posibilidades de acción en el contexto actual

Desde el momento en que se asumen los retos del diseño e implementación de una atención digna, integral y diferencial en salud para hombres y mujeres adolescentes y jóvenes, se han identificado diversos elementos que se presentan como posibilidades para avanzar en la implementación de este tipo de estrategias. Para empezar, en términos generales y para prestar una atención básica para esta población, los servicios de salud con este enfoque no requieren alta tecnología instrumental, sino equipos interdisciplinarios con servidores y servidoras en salud capacitados no solo en atención en salud con actividades que incluyan la promoción y la prevención, sino con habilidades para establecer relaciones interpersonales respetuosas y sin prejuicios frente a las personas adolescentes y jóvenes.

En este sentido, las capacitaciones deben desarrollarse en dos ejes. Por un lado, la conformación de equipos de atención diferencial que reconozcan a esta población desde su complejidad física, emocional y cultural y que tengan la capacidad de identificar diversas problemáticas

y de llevar a cabo remisiones a las instancias pertinentes. Por el otro, el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario (4,13,28,43).

La capacitación debe entenderse como un proceso y no como talleres aislados que solo estén destinados a suministrar información. Una experiencia que relaciona la cualificación de servidores y servidoras en salud en atención diferencial con el incremento de las consultas por parte esta población reconoce algunos elementos. En primer lugar, se diseñaron jornadas de un día completo de entrenamiento con un enfoque social cognitivo que tenían como marco las diversas barreras que impiden la prestación de una atención diferencial; así se orientaron hacia la capacitación a mejorar el conocimiento, las habilidades y las voluntades para responder a las barreras específicas que se habían identificado. En segundo lugar, se vincularon al proceso de diseño y desarrollo de las capacitaciones a servidores y servidoras de salud que se hayan identificado como figuras líderes dentro del equipo de atención. En tercer lugar, todo el equipo de atención en salud participó de las capacitaciones, desde los cargos administrativos hasta todos los rangos de los asistenciales (44). En este sentido, es fundamental vincular también a estos procesos a las personas encargadas de la recepción y la entrega de resultados (45).

Es pertinente involucrar a trabajadores y trabajadoras jóvenes, capacitados y capacitadas en acciones de consejería que permitan aumentar la confianza de quienes consultan y sentir una relación con una persona “par” (28,39). Así mismo, se espera de quienes prestan la atención en salud que transmitan confianza y den muestras de mucha ética en la confidencialidad de la información (4,13,28).

Frente a la operativización de los servicios se ha identificado como algo importante la adaptación de espacios y horarios diferenciales que incluso permitan la atención sin cita previa y con mínimos tiempos de espera. Así mismo, ubicaciones geográficas centrales con la mayoría de servicios disponibles presentes y con sistemas

de referencia claros y coherentes para aquellos servicios con que no se cuente; parámetros de comunicación coherentes con esta población, y políticas de confidencialidad y privacidad claras (13,28,46).

De este modo, implementar estrategias de atención en salud con unas políticas claras de confidencialidad promueve su uso por parte de adolescentes y jóvenes por cuenta propia, sin que sean llevados por sus familiares. Ello fortalece su relación con los centros de atención y, por lo tanto, la adherencia no solo a los servicios y a los posibles tratamientos (42). Así, teniendo en cuenta que uno de los elementos que surgen como impedimento para el desarrollo de estas políticas es el temor por parte de quienes prestan la atención en salud a incurrir en aspectos del ámbito legal, es fundamental generar claridades entre estas personas de la normatividad vigente en cada país al respecto, pues de esta forma es posible ver cómo en casos como el colombiano se han generado avances significativos que permiten el diseño de políticas de confidencialidad que favorecen la privacidad y confidencialidad de esta población (13).

En cuanto a la participación, ya desde finales de la década de los ochenta se identificaba como necesaria la vinculación de personas de esta etapa del ciclo vital, tanto en el diseño como en la implementación y evaluación de los servicios en salud para esta población (4,7,13,28,32). Esto, como una manera de avanzar en estrategias que reconozcan de una manera real la manera en que esta población —con su gran heterogeneidad— entiende y vive su proceso de la salud-enfermedad y, de esta forma, incidir positivamente en las dinámicas de adherencia a los servicios y tratamientos y en sensibilizar y capacitar a quienes brindan la atención salud y transformar las representaciones negativas frente a esta población que puedan tener (20,47).

Siguiendo estas ideas, el tema de fortalecer las redes sociales ya surgía desde los años noventa como una necesidad. Así, se propone, por un lado, la sensibilización y vinculación de las fami-

lias de la población adolescente y joven (48,49), de las instituciones y de las comunidades (4,20). Por el otro, la generación de redes que vinculen los servicios de atención en salud a otros actores que no necesariamente hicieran parte del sector salud, como organizaciones juveniles, actores relacionados con temas como el laboral, tiempo libre y educación, etc. (20).

Las alianzas entre el sector salud y educación se han mostrado esenciales en la implementación de estrategias de atención en salud integrales para esta población (47,50-55). Esto no solo en el caso de la salud sexual y reproductiva, sino en la prevención de enfermedades crónicas en aspectos como el consumo de alcohol, de tabaco, hábitos alimenticios y actividad física (22-27).

En el caso de El Salvador, una de las estrategias utilizadas para implementar acciones integrales dentro del nuevo modelo de atención planteado es la conformación de redes de promoción, pensadas como estructuras que permitirán a adolescentes y jóvenes, servidores y servidoras de los establecimientos de salud y actores del desarrollo comunitario de los diferentes sectores interactuar en la promoción del desarrollo integral de los adolescentes. En este modelo se propuso organizar y conformar tres tipos de redes: la Red Comunitaria de Promoción para el Desarrollo Integral de los y las Adolescentes, la Red de Líderes Juveniles y la Red Integrada de Servicios. Su integración forma la Red de Promoción para el Desarrollo Integral de Adolescentes (16).

En el mismo sentido de las redes, se plantea la necesidad de incluir dentro de los modelos y las estrategias de atención en salud a esta población el tema de la gestión, basándose en las estrategias de intersectorialidad, integralidad y participación (16). Esto, incursionando en la esfera de la gestión efectiva para la atención digna en salud (20). Las redes, en este sentido, deben brindar tanto atención en prevención, promoción, información e incluso apoyo social, como actividades de diagnóstico, recuperación y rehabilitación (4). La atención integral en salud

no puede ser entendida de forma aislada dentro de una institución prestadora de servicios en salud, sino que requiere que todas sus áreas estén articuladas y orientadas bajo el mismo modelo. De igual manera, las instituciones deben asumirse dentro de una estructura que, con miras a generar una respuesta integral e integradora, debe coordinarse con los entes territoriales, empresas prestadoras y otros sectores que aporten a la construcción de la respuesta digna en salud (13).

Por otro lado, el tema de la atención en salud diferencial en escenarios rurales se ha presentado como un reto al que algunos países han buscado responder mediante la generación de programas especiales. Esto se puede ver en el caso de México, donde a finales de la década de los noventa el programa IMSS-Solidaridad introdujo los centros de atención rural para adolescentes (CARA), con el fin de reducir la brecha de atención en las zonas rurales. Estos servicios centraron su trabajo en la vinculación de esta población en la identificación de sus necesidades para la prestación de consejerías, información y educación para la salud y el autocuidado (12).

Por último, es necesario diseñar e implementar sistemas de información y comunicación que integren a los diferentes sectores y que incluyan indicadores claros (13); así como incorporar programas de investigación con los cuales ahondar tanto en las diferentes etapas de la adolescencia y la juventud como en las diferentes formas de ser joven (56).

Conclusiones

A pesar de los compromisos de la comunidad internacional con la salud de adolescentes y jóvenes y de algunos esfuerzos por implementar estrategias que busquen brindar una atención digna y diferencial, dichas estrategias no han tenido un impacto significativo ni en la vida de esta población ni los indicadores de salud de los países de la región. En este contexto, se ha hecho evidente que para avanzar en la transformación positiva de los indicadores y en la calidad de vida

de los hombres y las mujeres de esta población, es necesario no solo formular políticas públicas, sino diseñar e implementar iniciativas que contemplen las diversas realidades y que sean una respuesta real en un contexto como el colombiano, con las posibilidades y barreras de acceso que implica su sistema de seguridad social. Es posible ver cómo dichas iniciativas han asumido —cada vez con mayor fuerza— un enfoque integral que reconozca tanto las acciones asistenciales como las acciones y procesos promocionales y de gestión.

La participación comunitaria, por su parte, se ha identificado como un aspecto fundamental en el diseño y desarrollo de las estrategias de atención, puesto que la atención en salud que se busca consolidar requiere mucho más que la generación de normas o políticas públicas; requiere la comprensión de la vida cotidiana de las personas y, desde allí, la generación de dispositivos de apropiación y movilización social de las personas frente a su propia salud.

Así mismo, es fundamental destacar la importancia de las mujeres y de los hombres que tienen a cargo desarrollar estas estrategias de atención diferencial en salud. Por un lado, desde el reconocimiento tanto de su formación técnica y profesional como de sus habilidades interpersonales y las lógicas y prácticas culturales que los determinan como seres humanos que han construido representaciones sociales que median en el tipo de atención que brindan. Por el otro, desde el reconocimiento de que la pauperización de las condiciones laborales se traduce en una atención en salud carente de calidad y dignidad con un bajo impacto en el desarrollo de la vida adolescentes y jóvenes.

Agradecimientos

Las autoras y el autor desean agradecer al Hospital Pablo VI Bosa ESE y al equipo del Ámbito Comunitario de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, específicamente a sus coordinadores Gonzalo Sosa y Óscar Niño.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud [internet]. Alma-Ata, URSS, 1978. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
2. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Ginebra; 1986.
3. World Health Organization. Milestones in health promotion: statements from global conferences. Geneva: WHO Press; 2009.
4. Moreno E. Servicios de salud para adolescentes y jóvenes: los desafíos de acceso y calidad. Documento procedente del Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente; Cartagena de Indias, Colombia; mayo de 1995.
5. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Publica MEX*. 2003;45:132-9.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Fundación Kellogg. Proyecto de apoyo a iniciativas nacionales de salud integral del adolescentes en la región de las Américas: lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de atención. Washington: OPS/PMS; 1992.
7. Milne A, Chesson R. Health services can be cool: partnership with adolescents in primary care. *Family Practice*. 2000;17(4):305-8.
8. Abadía C, Goretty D, Martínez A. Movilización social por la defensa del derecho a la salud en Bogotá: esfuerzos locales y conexiones globales. *Pre-til*. 2008;17:46-63.
9. Berer, M. Integración de servicios de salud sexual y reproductiva: una prioridad del sector salud. *Reproductive Health Matters* [internet]. 2005 [citado 2011 14 feb]; 2(13). Disponible en: <http://hananetachafait.orgfree.com/wordpress/wp-content/themes/greenpoint-milanda/PDF/RHM2.pdf#page=6>.
10. Jewell R, Rossi M, Triunfo P. El estado de salud de los jóvenes uruguayos. *Cuad. Econ* [internet]. 2006 [citado 2011 abr 1];43(128). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-68212006000200001&lng=es&nrm=iso.
11. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red. Santiago de Chile; 2009.
12. Secretaría de Salud de México, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. ¿Qué onda con tu sexualidad?: programa de acción específico. 2007-2012. salud sexual y reproductiva para adolescentes. Mexico; 2008.
13. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. 2a ed. Bogotá; 2007.
14. Juárez F, Palma J, Singh S, Bankole A. Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: retos y oportunidades. Nueva York: Guttmacher Institute; 2010. p. 3-35.
15. Guzmán J, Hakkert R, Contreras J, Falconier de Moyano M. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México: UNFPA; 2001.
16. Centeno M, Cáceres R. La salud sexual y reproductiva de las jóvenes de 15 a 24 años El Salvador: un reto para las políticas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica*. [internet]. 2005 [citado 2011 16 mar];2(2). Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/2/2-2/2-2-1/2-2-1.pdf>.
17. Peláez J. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [internet]. 2008 Ago [citado 2011 Abr 27];34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200005&lng=es.
18. Viveros M, Gil-Hernández F. ¿Educadores, orientadores, terapeutas?: juventud, sexualidad e intervención social. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):201-8.
19. Ministerio de Protección Social de Colombia. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá; 2003.

20. Barrios M, Góngora A, Suárez CJ. ¿Derechos deshechos?: modelo de gestión para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina-Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2006.
21. Barrett R, Kuzawa C, McDade T, Armelagos G. Emerging and re-emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition. *Ann Rev Anthr*. 1998;27:247-71.
22. Kolbe L, Kann L, Patterson B, Wechsler H, Osorio J, Collins J. Enabling the nation's schools to help prevent heart disease, stroke, cancer, COPD, diabetes, and other serious health problems. *Public Health Reports*. 2004;119:286-302.
23. Singh A, Paw J, Brug J, van Mechelen W. Short-term effects of school-based weight gain prevention among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:565-71.
24. Vartiainen E, Pennanen M, Haukkala A, Dijk F, Lehtovuori R, De Vries H. The effects of a three-year smoking prevention programme in secondary schools in Helsinki. *Euro J Pub Health*. 2007;17(3):249-56.
25. Van Sluijs E, McMin A, Griffin S. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ*. 2007;335(7622):703.
26. Muller-Riemenschneider F, Bockelbrind A, Reinhold T, Rasch A, Greiner W, Willich SN. Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tob Control*. 2008;17:301-12.
27. Clark D, Moss H. Providing alcohol-related screening and brief interventions to adolescents through health care systems: obstacles and solutions. *PLOS Medicine*. 2010;7(3).
28. Senderowitz J. Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. Washington DC: Series de Investigación, Programas y Políticas, Focus on Young Adults; 1999.
29. Valenzuela E, Casas L. Derechos sexuales y reproductivos: confidencialidad y VIH/sida en adolescentes chilenos. *Acta Bioeth* [internet]. 2007 [citado 2011 Abr 18];13(2):207-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000200008&lng=es.
30. República de Nicaragua, Ministerio de Salud. Dirección primer nivel de atención: estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia. Managua; 2003.
31. Boetto C, Aracena M. Estudio exploratorio sobre la visión de salud de un grupo de adolescentes hombres desertores del sistema escolar de la comuna de Santiago, Chile: sus necesidades, aspiraciones, prioridades y propuestas. *Psykhé* [internet]. 2005 [citado 2011 20 abr]; 14(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282005000200006&lng=es&nrm=iso. accedido en 27 abr. 2011. doi: 10.4067/S0718-22282005000200006.
32. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Services Research*. 2009;9:117.
33. Catalyst Consortium. Salud sexual y reproductiva de adolescentes: manual de capacitación para gerentes de programas. Bogotá: Profamilia; 2002.
34. Meuwissen L, Gorter Anna C, Kester A, Knottnerus J. Can a comprehensive voucher programme prompt changes in doctors' knowledge, attitudes and practices related to sexual and reproductive health care for adolescents? A case study from Latin America. *Tropical Medicine and International Health* [internet]. 2006 [citado 2011 1 mar];11(6):889-98. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2006.01632.x/pdf>.
35. Cook R, Dickens BM. Recognizing adolescents' 'evolving capacities' to exercise choice in reproductive healthcare. *Int J Gynecol Obstet* [internet]. 2000 [citado 2011 14 feb];70(1): 13-21. Disponible en: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0020-7292/PIIS0020729200002204.pdf>.
36. Organización Panamericana de la Salud. Modelo de Consejería orientada a los jóvenes. En: Prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. Washington; 2005.
37. Urrea F, Congolino M, Herrera H, Reyes I, Botero W. Comportamientos sexuales e in-

- cidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):209-15.
38. Oppong-Odiseng A, Heycock E. Adolescent health services—through their eyes. *Arch Dis Child*. 1997;115-9.
 39. Valencia C, Canaval G, Molina A, Caicedo H, Serrano L, Valencia R, Vásquez et al. Servicios amigables para jóvenes: construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios. *Colombia Médica* [internet]. 2010 [citado 2011 Abr 19];41(1):26-34. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28312737004.pdf>.
 40. García H, Ramos M, Fernández A. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev Esp Salud Pública* [internet]. 2001 [citado 2011 Abr 27]; 75(6):491-504. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000600002&lng=es.
 41. Akinbami L, Gandhi H, Cheng T. Availability of adolescent health services and confidentiality in primary care practices. *Peds*. 2003;111:394-401.
 42. Klein J, McNulty M, Flatau C. Adolescents' acces to care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152:676-82.
 43. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Role of the pediatrician in youth violence prevention. *Peds*. 2009;124(1):393-402.
 44. Ozer E, Adams S, Lustig J, Gee S, Garber A, Gardner L, Rehbein M, Addison L, Irwin C. Increasing the screening and counseling of adolescents for risky health behaviors: a primary care intervention. *Peds*. 2004;115:960-8.
 45. Moens V, Baruch G, Fearon P. Opportunistic screening for Chlamydia at a community based contraceptive service for young people. *BMJ*. 2003;326:1252-5.
 46. Hemming J. Adolescent health services through their eyes. *Arch Dis Child*. 1997;77:115-9.
 47. Whaley A, Winfield E. Correlates of African American college student's condom use to prevent pregnancy, STDs, or both outcomes. *J Nati Med Assoc*. 2003;95:702-9.
 48. Crooks V, Agarwal G. What are the roles involved in establishing and maintaining informational continuity of care within family practice? A systematic review. *BMC Family Practice*. 2008;9:65.
 49. Polacsek M, Orr J, Letourneau L, Rogers V, Holmberg R, O'Rourke K, Hannon C, Lombard K, Gortmaker S. Impact of a primary care intervention on physician practice and patient and family behavior: keep me healthy the main youth overweight collaborative. *Peds*. 2009;123:258-66.
 50. Elias M, Kress J, Gager P, Hancock M. Adolescent health promotion and risk reduction: cementing the social contract between pediatricians and the schools. *Bulletin of The New York Academy of Medicine*. 1994 Summer;71(1):87-110.
 51. Walker D, Gutierrez JP, Torres P, Bertozzi S. HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised evaluation of intervention. *BMJ*. 2006;332(7551):1189-94.
 52. Lee A, Cheng F, Fung Y, St Lger L. Can health promotion schools contribute to the better health and wellbeing of young people?: the Hong Kong experience. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:530-6.
 53. Paul-Ebhohimhen V, Poobalan A, van Teijlingen E. A systematic review of school-based health interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2008;8:4.
 54. Tang K, Nutbeam D, Aldinger C, Leger L, Bundy D, Hoffmann AM et al. Schools for health, education and development: a call for action. *Health Prom Inter*. 2008;24(1):68-77.
 55. Peters L, Kok G, Ten Dam G, Buijs G, Paulussen T. Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *BMC*. 2009;9:182.
 56. Shutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington: Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2003.

Conflictos de interés: los autores niegan tener conflictos de interés.

Correspondencia
Hospital Pablo VI Bosa
tatasanpa@gmail.com
juan6047@hotmail.com
inskra@gmail.com

Recibido para evaluación: 28 de abril del 2011
Aceptado para publicación: 2 de junio del 2011