

Lineamientos para la provisión de servicios de salud de calidad para los jóvenes en las Américas

Rafael E. Flores
Área de Salud Familiar y Comunitaria
Unidad de Salud del Niño y del Adolescente
Organización Panamericana de la Salud



Índice

1. Introducción	3
La importancia de la salud y el bienestar de los jóvenes no ha sido reconocida en las Américas	
2. Marco conceptual	10
2.1 Los servicios de salud raramente reflejan las necesidades de los jóvenes	
2.2 La forma en que se consideran y se proveen los servicios de salud afecta su impacto	
2.3 Dos formas de analizar la provisión de servicios	
2.4 ¿Qué son los servicios de salud de calidad para los jóvenes?	
2.5 Requisitos clave de los servicios de salud para adolescentes	
3. Qué se necesita para asegurar la calidad de los servicios de salud para adolescentes	25
3.1 Los servicios deben reflejar los puntos de vista, las demandas y las expectativas de los jóvenes	
3.2 Deben proporcionar a los jóvenes un entorno amigable/_____	
3.3 Es preciso aplicar enfoques no tradicionales para incrementar la utilización de los servicios	
3.4 Es preciso proveer un conjunto mínimo de servicios	
3.5 En cada nivel de atención debe contarse con mecanismos institucionales	
4. Otras características que aumentan la calidad de los servicios para jóvenes	33
4.1 El intercambio de información facilita el acceso	
4.2 Resulta vital la creación de alianzas estratégicas	
4.3 Revisten importancia la competencia técnica y la calidad humana	
4.4 Debe contarse con métodos y herramientas de garantía de la calidad	
4.5 Es preciso evaluar los servicios para mejorarlos	
4.6 Resulta fundamental la participación y las contribuciones de los adolescentes	
5. ¿Qué puede esperarse en el futuro?	41
5.1 La existencia de servicios amigables para los adolescentes no asegura por sí sola la utilización de los servicios	
5.2 Existen aspectos prácticos sin soluciones únicas o simples	
5.3 El futuro depara nuevos y muy diferentes desafíos	
Glosario	45
Referencias	46

Lineamientos para la provisión de servicios de salud de calidad para los jóvenes

1. Introducción

La importancia que revisten la salud y el bienestar de los jóvenes no ha sido reconocida en las Américas

La región de las Américas cuenta con un elevado número de personas jóvenes, pero la importancia que revisten su salud y su bienestar aún no ha sido reconocida. *Salud en las Américas (2002)* informaba que los jóvenes de la región (entre 10 y 24 años de edad) representan un segmento numeroso y cada vez más importante de la población, que alcanza a más de 155 millones de personas (en base a cifras de 2000) y se halla en constante crecimiento.

En América Latina y el Caribe (ALC), los jóvenes representan el 30% de la población, y los adolescentes de 10 a 19 años, el 20% de la población (de los cuales un 80% vive en zonas urbanas). El mayor porcentaje de jóvenes se concentra en los países y las comunidades más pobres. Por ejemplo, Barbados y Uruguay muestran un menor porcentaje de jóvenes, mientras que Guatemala, Bolivia, Nicaragua, Haití y Paraguay tienen una población significativamente mayor de jóvenes y adolescentes.

La composición de la población de jóvenes varía ampliamente a lo largo de la región. Muchos jóvenes son indígenas y posteriormente se ven marginados de la cultura general. Según los censos, existe cerca de un millón de jóvenes indígenas que viven en Bolivia (1992), Guatemala (1994) y 2,7 millones en el Perú (1992). Los varones jóvenes de 15 a 24 años de edad constituyen entre el 44% (Chile) y el 71% (Brasil) de la población económicamente activa de la región. Las mujeres jóvenes de 15 a 24 años representan un porcentaje menor de la población económicamente activa; los porcentajes oscilan entre el 51% y el 52% en Brasil y Paraguay, respectivamente. A pesar de su creciente número, sin embargo, en la región existen pocos programas dedicados a las necesidades específicas de los adolescentes y los trabajadores jóvenes¹.

Su perfil también es diverso. Los jóvenes de la región muestran tasas de fecundidad que oscilan entre 56 embarazos por 1000 en Chile y 149 en Nicaragua (de jóvenes entre 15 y 19 años de edad). Los jóvenes se ven constantemente expuestos a actividades sexuales sin protección y situaciones

¹ Salud de las Américas, 2002.

BORRADOR OPS 2004

de abuso físico y sexual que los colocan en un mayor riesgo de infecciones transmitidas sexualmente, incluso el VIH (FNUAP, 1997).

Cuadro 1. Comparación de algunos indicadores subregionales sobre los jóvenes

	Nicaragua	Honduras	El Salvador	Guatemala
Jóvenes como porcentaje de la población total	21.2	20.6	21.2	20.8
Porcentaje de pobres de 15 a 24 años de edad	30	n.a.	42	n.a.
Tasas de fecundidad entre jóvenes de 15 a 19 años	152	115	95	119
Tasa estimada de prevalencia de VIH/SIDA entre jóvenes de 15 a 24 años, 1999	0.05-0.26	1.13-1.86	0.24-0.81	0.81-1.38
Tasa bruta de matriculación secundaria (1998)	57	32	34	26
Porcentaje de jóvenes urbanos desempleados	20.9	10	16	N/A
<i>Fuente: Youth-at-Risk in Nicaragua, Banco Mundial (Borrador de nota de política, junio de 2002)</i>				

En la región, alrededor del 50% de los jóvenes de menos de 17 años son sexualmente activos. En muchos países latinoamericanos, la edad promedio del primer contacto sexual es de aproximadamente 15 a 16 años en el caso de las niñas, y de alrededor de 14 a 15 años en el caso de los varones. En ciertos países del Caribe, los varones adolescentes inician su actividad sexual en edades que oscilan entre los 10 y los 12 años, y en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, entre el 15% y el 25% de todos los niños nacen de jóvenes². La actividad sexual antes del matrimonio es común, y los informes indican que se halla en aumento. En muchos países, los jóvenes se ven sometidos a fuertes presiones sociales que favorecen la actividad sexual antes del matrimonio. Un número significativo de mujeres adolescentes están casadas o cohabitan con sus parejas; además, la edad promedio de matrimonio se la elevado en muchas partes del mundo y la edad de pubertad de las mujeres ha disminuido, lo que hace que los jóvenes se vean expuestos a un mayor número de años "en riesgo" de mantener actividades sexuales antes del matrimonio. *La mayor actividad sexual antes del matrimonio conlleva serios riesgos y consecuencias*, particularmente cuando los jóvenes no tienen acceso a información y servicios adecuados de salud reproductiva.

Específicamente, dichos riesgos pueden incluir las enfermedades transmitidas sexualmente, incluso el VIH/SIDA, y los embarazos no deseados. Entre el 35% y el 52% de los embarazos de adolescentes no han sido planificados. Ante un

² Salud de las Américas, 2002.

BORRADOR OPS 2004

embarazo no deseado, muchas jóvenes recurren al aborto, que en muchos países es inaccesible, ilegal o poco seguro. Los abortos no seguros – autoinducidos o realizados por proveedores no calificados—pueden conducir a graves enfermedades, esterilidad o incluso la muerte. En algunos países, las complicaciones derivadas de estos abortos constituyen la principal causa de muerte de adolescentes. La mortalidad materna continúa siendo una de las principales causas de muertes entre las jóvenes. Las estimaciones sugieren que en promedio, cuatro de cada diez embarazos terminan en aborto³. El uso de métodos anticonceptivos es menos frecuente entre las adolescentes que entre las mujeres de más de 20 años. Las estimaciones muestran que sólo una de cada diez adolescentes solteras y sexualmente activas utiliza métodos anticonceptivos, y esta cifra es inferior entre las jóvenes pobres. Las encuestas realizadas en el Caribe sugieren que el 40% de las jóvenes y el 50% de los jóvenes carecen de acceso a anticonceptivos durante su primera experiencia sexual⁴.

Las jóvenes y sus hijos se ven expuestos a graves consecuencias de salud desde los primeros tiempos del embarazo y el nacimiento. *Las complicaciones del embarazo constituyen la principal causa de muertes de adolescentes.* Como aún no han completado su desarrollo, las adolescentes se ven sometidas a un mayor riesgo de obstrucción del canal del parto), que puede ocasionar lesiones permanentes o la muerte de la madre o el hijo. Los hijos de madres jóvenes también muestran una mayor probabilidad de ser prematuros y tener menor peso al nacer. En muchos países, el riesgo de muerte durante el primer año de vida es 1,5 veces mayor en el caso de niños nacidos de madres de menos de 20 años que en el caso de niños nacidos de madres de 20 a 19 años⁵. Todas las mujeres enfrentan mayores riesgos durante el primer parto que en los subsiguientes, y en el caso de las adolescentes, dichos riesgos son mayores aún. Como las jóvenes tienen menos experiencia, recursos y conocimientos sobre atención prenatal y partos que las mujeres mayores, ellas y sus hijos sufren cuando se presentan emergencias obstétricas.

Los jóvenes también se ven afectados en forma desproporcionada por la epidemia de SIDA. Alrededor de la mitad de las nuevas infecciones se observa en personas de 15 a 24 años de edad, período en el que la mayor parte inicia su vida sexual. En Haití, Honduras, Panamá, Brasil y diversos países del Caribe de habla inglesa, los jóvenes se ven particularmente afectados por la epidemia. Se estima que en Haití, el 4,9% de los jóvenes adolescentes de 15 a 24 años están infectados, y en Honduras lo están el 1,7% de las jóvenes y el 1,4% de los jóvenes adolescentes. En Guatemala, Perú, Haití y Brasil, entre la cuarta parte y

³ Salud en las Américas, 2002.

⁴ Salud en las Américas, 2002.

⁵ Meeting Young Women's Reproductive and Sexual Health Needs.

BORRADOR OPS 2004

la mitad de las jóvenes de 15 a 19 años no saben que una persona con SIDA puede parecer saludable⁶.

El examen de los datos sobre la situación de la salud sugiere que todos los segmentos de la población adolescente se hallan en riesgo de incurrir en comportamientos que podrían afectar adversamente su salud. Si bien los jóvenes que viven en la pobreza podrían hallarse en mayor riesgo de algunos problemas, como las lesiones intencionales, las enfermedades transmitidas sexualmente y los embarazos no deseados, los jóvenes provenientes de familias de mejor situación económica se hallan en mayor riesgo de desórdenes alimenticios, cigarrillo, suicidios y accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol⁷.

Todos los años, el 15% de los varones y las mujeres adolescentes de 15 a 19 años adquieren enfermedades transmitidas sexualmente, que constituyen la principal causa de infecciones de los órganos reproductivos. Las principales causas de muerte de jóvenes de 10 a 19 años son externas, e incluyen la violencia y los homicidios. El 28,7% de todos los homicidios en la región involucran jóvenes de 10 a 19 años. Además, el 22,8% de las muertes ocasionadas por accidentes de tránsito se producen entre personas del mismo grupo de edades. En los países de la región, el suicidio constituye la segunda o tercera causa de muertes de jóvenes. El 18% de los suicidios se atribuyen a personas de 15 a 24 años, aunque con frecuencia tales muertes no se declaran por el estigma cultural relacionado con ellas⁸.

A medida que aumenta su edad, muchos jóvenes pasan a ser sexualmente activos e incurrir en una gama más amplia de comportamientos riesgosos, como el tabaco y el consumo de drogas, aunque en diferentes entornos sociales y culturales se observan enormes variaciones en estos patrones (Erulkar y colaboradores, 1998; Elder y colaboradores, 2000). Muchos jóvenes atraviesan esta edad sin consecuencias adversas, pero en general, cuanto más temprana es la edad a la que comienzan estos comportamientos, mayor es la posibilidad de resultados adversos. Los comportamientos riesgosos tienden a concentrarse, y se piensa que ello refleja determinadas circunstancias de la vida en que los jóvenes carecen de estructuras de apoyo o los predisponen a asumir riesgos (Simantov y colaboradores, 2000).

Por estas razones, en el curso de la última década, los esfuerzos de desarrollo han comenzado a concentrarse en los jóvenes, aun cuando es mucho lo que queda por hacerse para reconocer la importancia que reviste su salud y bienestar en los países de la región. Desde un punto de vista positivo, las organizaciones internacionales de desarrollo, los gobiernos y las ONG han

⁶ Salud en las Américas, 2002.

⁷ Integrating Comprehensive Adolescent Preventive Services Into Routine Medicine Care.

⁸ Salud de las Américas, 2002.

BORRADOR OPS 2004

incorporado a sus programas de desarrollo los aspectos relacionados con los jóvenes. Algunos de estos esfuerzos incluyen, el *Braga Youth Action Plan de 1998* en el Foro Juvenil de las Naciones Unidas, el programa *Action for Youth* de las Naciones Unidas, de 2000, el *Youth Development and Outreach Program* del Banco Interamericano de Desarrollo, y *YouthNet*, de USAID⁹. Más recientemente, el Banco Mundial formuló una estrategia de desarrollo juvenil en un esfuerzo por elevar el perfil de los aspectos relacionados con la juventud y el desarrollo dentro del Banco y en sus préstamos¹⁰.

Por otra parte, la más reciente iniciativa mundial de desarrollo, los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM), identifica sólo marginalmente los aspectos relacionados con la juventud y la importancia que revisten para el desarrollo (véase el cuadro 2). La *Declaración del Milenio* adoptada durante la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2000, fijó metas de desarrollo que los países deberán alcanzar para 2015¹¹. Si bien en muchos países en desarrollo los jóvenes constituyen un significativo —e incluso a veces el principal— segmento de la población, los ODM apenas los incluyen. De los ocho objetivos y 18 metas relacionadas, sólo uno menciona explícitamente a los jóvenes¹², y de 49 indicadores, sólo cuatro se vinculan directamente con los jóvenes. Sin embargo, si bien en los programas de salud pública de los países desarrollados y en desarrollo se reconoce cada vez más que la salud de los jóvenes constituye un aspecto importante, el desarrollo de los jóvenes todavía no constituye una importante prioridad nacional en muchos países.

Cuadro 2. Resumen de los objetivos, metas e indicadores del Milenio

Objetivos	Metas	Indicadores	Indicadores relacionados con los jóvenes
Erradicar la extrema pobreza y el hambre	2	5	Ninguno
Lograr la educación primaria universal	1	3	1 (tasa de alfabetización de personas de 15 a 25 años)
Promover la igualdad de género y potenciar a la mujer	1	4	1 (coeficiente entre mujeres que saben leer y escribir y hombres de 15 a 24 años)
Reducir la mortalidad infantil	1	3	Ninguno
Mejorar la salud materna	1	2	Ninguno
Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades	2	7	1 (Prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas de 15 a 24 años)
Asegurar la sostenibilidad	3	7	Ninguno

⁹ Este último programa se concentra en la salud reproductiva.

¹⁰ Youth, Strategic Directions for the World Bank (borrador 2003).

¹¹ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han sido adoptados por la comunidad internacional como una serie de metas de desarrollo que deberán cumplirse en el período 1990-2015. Los ODM constituyen un conjunto ampliado de objetivos de desarrollo internacional que inicialmente fueron formulados por el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE.

¹² En cooperación con los países en desarrollo, formular e implementar estrategias para un trabajo decente y productivo de los jóvenes (de 15 a 24 años de edad).

BORRADOR OPS 2004

ambiental			
Desarrollo de una asociación global para el desarrollo	7	18	1 (Tasa de desempleo de personas de 15 a 24 años)
8	18	49	4

La percepción general entre los encargados de la formulación de políticas y la toma de decisiones, y el público en general, continúa siendo que los jóvenes no son tan vulnerables o se hallan en mayor riesgo que otros grupos, como los niños de menos de 5 años. En consecuencia, en general la salud de los jóvenes tiene un perfil muy bajo en los programas nacionales de la mayoría de los países. Varios exámenes del sector de la salud e informes de países, muestran sin embargo que los jóvenes no constituyen un segmento tan saludable de la población como generalmente se cree. En muchos países en desarrollo se han observado crecientes tendencias de mala salud (OMS, 1995). Una gama de aspectos, entre ellos la madurez sexual más temprana, la pandemia de VIH/SIDA, la mayor disponibilidad de drogas y de alcohol, la violencia, la creciente pobreza --absoluta y relativa—y los conflictos (incluidas las guerras y los conflictos civiles) están conduciendo a crecientes tendencias de mala salud y desarrollo deficiente entre los jóvenes (International Center for Research on Women, 1994).

El resultado de la percepción prevaleciente es que los recursos disponibles para salud curativa de jóvenes son limitados y que no se asigna alta prioridad a las condiciones no agudas. En los países occidentales, si bien la salud de los jóvenes es generalmente buena, se han identificado significativos problemas en aspectos como salud mental y desórdenes alimenticios (Neumark-Sztainer y Hannan, 2000). También en este caso existen grupos en mayor riesgo de mala salud, como los jóvenes sin hogar o en atención, y aquellos que adolecen de problemas de consumo de drogas (Howard, 2000; Tonkin, 2000).

Además, los patrones de salud y enfermedad entre varones y mujeres adolescentes también muestran marcadas diferencias. En la mayor parte del mundo, los varones jóvenes corren mayor riesgo que las mujeres jóvenes de morir como consecuencia de accidentes y violencia, y el fumar, que con frecuencia comienza en la adolescencia, contribuye a la mayor muerte de varones por enfermedades coronarias (OMS, 2000a). Es bien reconocida la susceptibilidad de las mujeres jóvenes a los problemas derivados de la actividad sexual demasiado temprana, sin protección y no deseada (OMS, 1998a; Alan Guttmacher Institute, 1998). Algunas jóvenes sufren peores consecuencias por circunstancias personales. Algunas son explotadas, abusadas sexual y físicamente, y algunas venden favores sexuales por inseguridad financiera. Otras viven en familias desunidas, afectadas por el SIDA, perturbaciones civiles o situaciones de emergencia, no pueden satisfacer necesidades básicas y carecen de apoyo emocional (International Center for Research on Women, 1996). El UNICEF y el ONUSIDA han acuñado las expresiones *niños en*

BORRADOR OPS 2004

circunstancias difíciles y jóvenes especialmente vulnerables , respectivamente, para referirse a las necesidades y problemas especiales de estas niñas/jóvenes.

El significativo incremento de la población y la situaciones de riesgo de salud que presentan los jóvenes representan una carga adicional para los servicios de salud, los servicios educacionales y los recursos de mano de obra de los países de la región, que en la mayoría de los casos no se encuentran en condiciones de satisfacer las necesidades de los jóvenes y la juventud. La salud de los adolescentes es un elemento clave del progreso social y económico de las Américas. Un trabajo eficaz con los jóvenes requiere una actitud positiva y libre de prejuicios. Requiere que la adolescencia no se considere un problema en sí misma, sino una etapa de desarrollo, con patrones comunes, e influenciada por factores socioeconómicos específicos y diferentes realidades.

La comprensión de los jóvenes, sus intereses, sus preocupaciones, las necesidades relacionadas con su salud y la forma en que procuran atención revisten vital importancia para el diseño de programas que puedan alcanzar a los jóvenes y resultar más atractivos para ellos. Es preciso respaldar servicios que respondan a sus intereses y reconozcan su autonomía y diferencias (como edad, género, el entorno rural o urbano, antecedentes étnicos, culturales y religiosos, situación marital y socioeconómica), y que relacionen las necesidades de los adolescentes y los jóvenes con su derecho a la salud. Es preciso reconocer las características especiales de los jóvenes y permitir la participación de sus familias y de sus comunidades en la provisión de los servicios, con el fin de establecer un diálogo abierto y horizontal que permitirá a los adolescentes y a los jóvenes convertirse en actores clave de su propio desarrollo. Al mismo tiempo, es preciso proporcionarles información acerca de las leyes y políticas que respaldan y estimulan la provisión de servicios para los jóvenes y sus necesidades especiales y trabajar conjuntamente en el establecimiento de metas comunes.

El presente trabajo incorpora la perspectiva de los adolescentes y los jóvenes en el enfoque centrado en las personas en materia de provisión de servicios, y ha sido preparado como parte del esfuerzo que llevan a cabo la OPS y la OMS en favor de la reorientación de los servicios de salud y la provisión de servicios de calidad y amigables para los jóvenes. Se basa en el marco conceptual y los elementos básicos del documento sobre servicios de atención de la salud que actualmente está preparando la oficina de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS/OS) de la OPS, y en los documentos preparados por el Departamento de Salud y Desarrollo de Niños y Adolescentes de la OMS sobre servicios amigables para los jóvenes. Específicamente, procura destacar la importancia que revisten los jóvenes en la región y los cambios que es preciso introducir en los servicios de salud para ofrecerles servicios de calidad. También tiene por finalidad sentar las bases de una expansión de los servicios de salud de calidad para los jóvenes de toda la región de las Américas.

BORRADOR OPS 2004

2. Marco conceptual

2.1 Los servicios de salud raramente reflejan las necesidades de los jóvenes

Existen decididas evidencias de que la salud de los jóvenes se ve afectada en forma significativa por factores que escapan al sistema de atención de la salud. Estos “determinantes de salud” incluyen los ingresos y la situación social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el entorno físico y social, la biología y la dotación genética, las prácticas personales de salud y la capacidad para enfrentar problemas, un desarrollo infantil saludable, los servicios de salud, el género y la cultura¹³.

La literatura también sugiere que numerosos factores individuales, entre ellos la motivación personal, la percepción de la necesidad, la autoeficacia, las normas de género internalizadas, la percepción de que el respaldo social es positivo, entre otros, influyen un comportamiento favorable a la búsqueda de ayuda por parte de los adolescentes. Como actores subjetivos, los adolescentes enfrentan un determinado apoyo social o una decisión de búsqueda de ayuda en base a las experiencias pasadas y el efecto positivo, negativo o neutro basado en esas experiencias pasadas, que a su vez influyen sobre decisiones posteriores en materia de búsqueda de ayuda.

En términos de factores individuales relacionados con la búsqueda de ayuda, se han identificado siete aspectos principales: (1) las creencias personales acerca de lo que constituye una necesidad de ayuda; (2) las normas de género internalizadas; (3) la percepción de que el respaldo social es útil o confiable; (4) la capacidad personal y percibida para enfrentar problemas; (5) la autoeficacia y autoestima; (6) la identidad y otras características específicas de los jóvenes, y (7) el estigma percibido en relación con la necesidad de ayuda (Barker y colaboradores, 2003).

La existencia de una infraestructura de servicios accesible para los adolescentes también constituye un importante factor que favorece la búsqueda de ayuda. Por ejemplo, ante la creciente dependencia con respecto a la atención privada de la salud en algunos países y entornos, el costo de ciertos tipos de ayuda se ha incrementado en algunos lugares; para los jóvenes, que generalmente disponen de menos ingresos que los adultos, estos costos resultan aún más onerosos.

Varios estudios sobre África subsahariana indican que su elevado costo constituye un importante factor que impide la utilización oportuna de anticonceptivos y servicios de salud sexual por parte de los adolescentes (Bohmer y Kirumira, 1997). Como se señaló anteriormente, en términos de disponibilidad de servicios, pueden presentarse desajustes entre el tipo de servicios que los adolescentes desean o necesitan y los tipos de servicios

¹³ Taking Action on Population Health.

BORRADOR OPS 2004

ofrecidos. Por ejemplo, la mayor parte de los servicios existentes de salud sexual y reproductiva para adolescentes hacen hincapié en las consecuencias insalubres de la actividad sexual sin protección. Sin embargo, en términos de sexualidad y salud reproductiva, algunos investigadores han sostenido que en la mayor parte del mundo, la mayoría de los adolescentes necesitan principalmente información y asesoramiento (Hughes y McCauley, 1998).

Los jóvenes atraviesan etapas físicas, psicológicas y de madurez sexual que han sido ampliamente descritas (Tanner, 1962). Durante este período, asumen gradualmente la responsabilidad por su propia salud (Crocket y Petersen, 1993). El riesgo y el comportamiento están interrelacionados y tienen una base común. Por ejemplo, los estudios demuestran que las actitudes de los adolescentes frente a la vida están determinadas por su comportamiento: un niño que fuma marihuana y bebe cerveza a temprana edad estará más inclinado a manejar una motocicleta sin casco, conducir a alta velocidad o tener relaciones sexuales sin protección. En base a esta comprensión de los adolescentes y el desarrollo y la salud, la American Medical Association ha propuesto un conjunto integral de medidas de promoción y prevención de la salud que incluye la evaluación psicosocial, el examen físico, la provisión de información e inmunización (Elster y Kuznets, 1992). Otros trabajadores de salud han propuesto un conjunto más limitado de medidas basadas en la salud reproductiva (Brabin, 2000). Los jóvenes también necesitan atención curativa simple por accidentes y enfermedades de ocurrencia común, y por quejas que tienden a surgir durante la adolescencia, como ser deficiencias nutricionales como la anemia y los desórdenes menstruales, la menorragia y la dismenorrea (Barr y colaboradores, 1998).

Es preciso contar con servicios de salud accesibles para atender a jóvenes saludables y no saludables, y sus intervenciones deben ser oportunas, para prevenir y/o detectar en forma temprana sus problemas de salud y proveer tratamiento efectivo, cuando sea necesario, aplicando un enfoque de género y familiar. Los servicios deben estar dispuestos a responder a diferentes necesidades de atención. Por lo tanto, servicios de calidad para los jóvenes significa más que estrictamente “amigables”; también deben incluir la gama completa de servicios que los jóvenes necesitan, estar fácilmente disponibles y ser de calidad y provistos en forma que les resulte adecuada y aceptable.

Pero ello no es fácil de lograr. Una de las principales declaraciones de consenso que surgieron de la *Consulta mundial sobre servicios de salud amigables para los adolescentes*, convocada en 2001, fue que la OMS no debía recomendar un conjunto de servicios de salud para los jóvenes de todo el mundo¹⁴. Los

¹⁴ La *Consulta mundial sobre servicios de salud amigables para los adolescentes* convocada en 2001 examinó evidencias de prácticas óptimas en la provisión de servicios de salud para los jóvenes en los países desarrollados y en desarrollo. Reunió a representantes de organismos de las Naciones Unidas, organismos bilaterales y ONG internacionales que trabajan en este campo. También incluyó representantes de más de 20 países —de los sectores gubernamental y no gubernamental— que participaban activamente en la provisión de servicios de salud a los jóvenes.

BORRADOR OPS 2004

participantes señalaron que probablemente las necesidades y los problemas de los jóvenes se vean influenciados por el contexto epidemiológico, social y cultural de sus vidas, y también que dentro del mismo entorno, los jóvenes constituyen un grupo heterogéneo, con diferentes y cambiantes necesidades y problemas. En consecuencia, es preciso adoptar un enfoque distinto, que actúe como fuerza unificadora de todo el espectro de intervenciones del sistema de salud —desde la prevención y la promoción a la protección, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la salud— y que integre y equilibre las acciones entre ellas. Un enfoque que responda a las necesidades, demandas, prioridades y expectativas específicas de los jóvenes de acuerdo con su edad y género y que aborde numerosos aspectos de salud que van más allá del alcance de los servicios de salud actuales.

2.2 La forma en que se consideran y proveen los servicios de salud afecta su impacto

Según la definición de la OMS, los sistemas de salud comprenden todas las organizaciones, instituciones y recursos destinados a producir medidas de salud (*World Health Report, 2000*). Además se definió a una acción de salud como cualquier esfuerzo, ya sea relacionado con la atención de la salud personal, los servicios de salud pública o a través de iniciativas intersectoriales, cuyo propósito principal es mejorar la salud¹⁵.

Un sistema de atención de la salud es, por lo tanto, el conjunto de elementos o componentes de un sistema social diseñado, formal o informalmente, para llevar a cabo actividades de atención de la salud. Comprende servicios institucionales, públicos y privados; el sistema tradicional comunitario de atención de la salud, que emplea parteras tradicionales, curanderos y medicina popular, y el sistema popular de atención de la salud, que incluye autocuidado, y servicios de salud familiar provistos a través de la red de protección social y organizaciones religiosas y laborales¹⁶. Pero incluso si se considera el fenómeno de la salud en su sentido más amplio, es preciso prestar la mayor atención a la situación de salud de los individuos. El mejoramiento de la salud de las personas constituye la razón de ser de un sistema de salud. Debe ser y continúa siendo su base y su constante referente.

En general, los sistemas de salud tienen dos objetivos principales. El primero es mantener y restablecer la salud de la población, empleando los conocimientos más avanzados acerca de la causa de las enfermedades, su tratamiento y la maximización de la salud. El segundo objetivo, igualmente importante, es minimizar las disparidades que existen entre los distintos subgrupos de la población, de manera que ciertos grupos no se encuentren en una situación de

¹⁵ World Health Report, 2000.

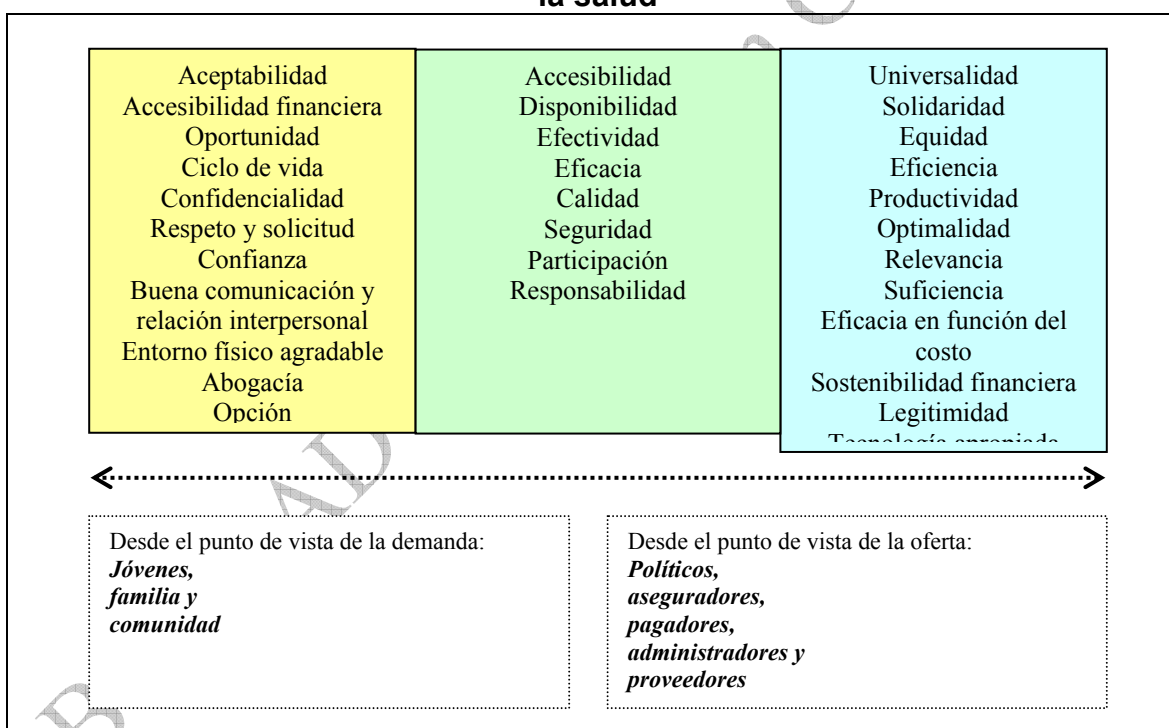
¹⁶ Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud.

BORRADOR OPS 2004

desventaja sistemática con respecto a su acceso a los servicios de salud y al logro de una salud óptima¹⁷.

Como se señala en la sección anterior, los determinantes de la salud de los jóvenes incluyen aquéllos relacionados con la respuesta individual ante la salud, así como los relacionados con los servicios de salud. Pero la mayor parte de las iniciativas destinadas a mejorar la salud de los jóvenes todavía parece considerar las necesidades de atención de la salud únicamente en base a episodios de enfermedad y perfiles epidemiológicos nacionales. Por ejemplo, las estrategias destinadas a reducir la mortalidad materno-infantil se basan en los perfiles de embarazos de mujeres adultas y no reflejan las características específicas de las adolescentes embarazadas. Esta diferencia de puntos de vista, valores y principios de los proveedores y planificadores de la atención de la salud por una parte, y los propios jóvenes por la otra, origina una brecha en los servicios de salud que en la actualidad no se aborda (véase el gráfico 3).

Gráfico 3: Tendencias en los servicios, valores y principios de atención de la salud



Programa de Organización y gestión de sistemas y servicios de salud, OPS/OMS. (versión de trabajo)

Este punto de vista de la demanda de los servicios de salud hace que los sistemas de salud pública consideren a los jóvenes en forma *unidimensional*, estrictamente como enfermos, pacientes que necesitan tratamiento. Los críticos señalan que este punto de vista no aborda adecuadamente las necesidades de

¹⁷ Primary Care Balancing Health Needs Services, and Technology.

BORRADOR OPS 2004

individuos y grupos específicos de población, y que ello, a su vez, constituye un importante obstáculo que dificulta la eficacia de los sistemas de salud y el logro de mejores resultados en materia de salud. La situación se complica aún más por el hecho de que los sistemas de salud pública también tienden a recopilar información y asignar recursos en base al punto de vista de los proveedores de la atención de la salud.

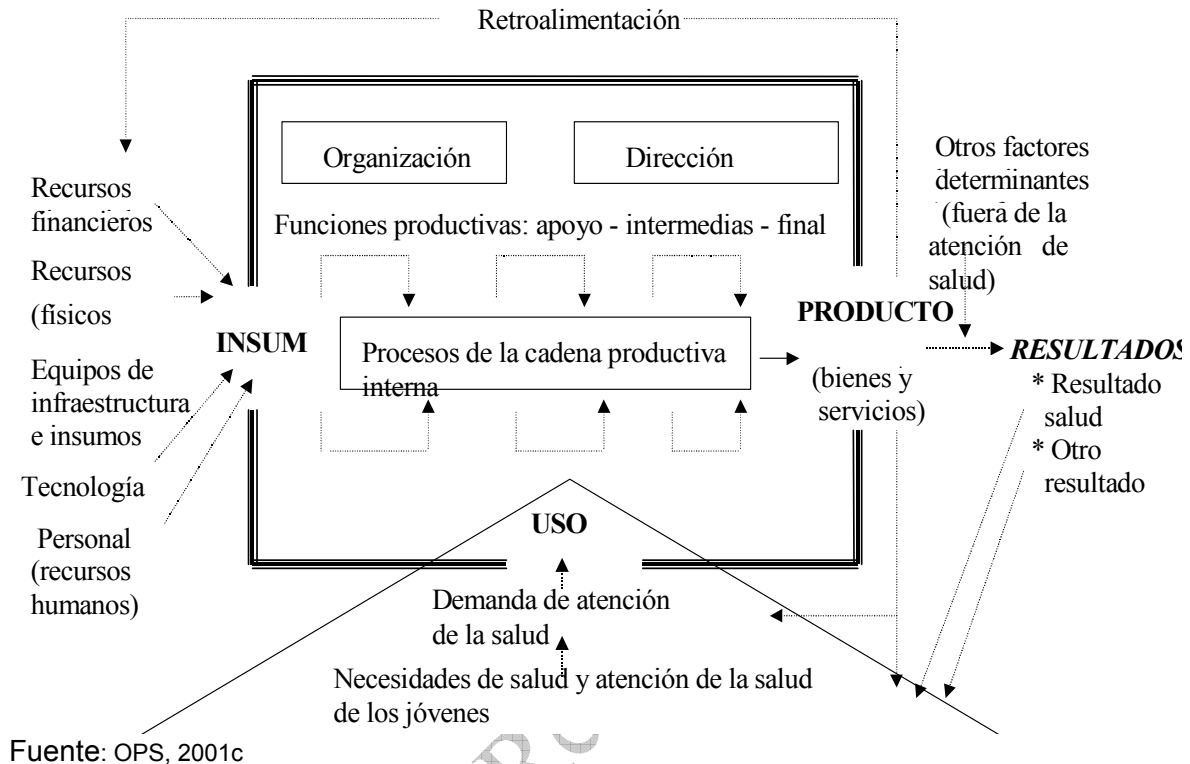
2.3 Dos formas de analizar la provisión de servicios

Existen varias formas de abordar el análisis de la provisión de servicios, que tienen efectos sobre sus resultados, calidad e impacto. La *visión tradicional* de los servicios de salud se concentra en la producción de servicios de salud (insumos, procesamiento y resultados). Separa la demanda y la utilización de los servicios de salud de su provisión, refleja principalmente el punto de vista de los proveedores y planificadores en la asignación de recursos, y no distingue entre el modelo de atención de la salud, la organización de los servicios de salud y algunos aspectos de gestión de dichos servicios.

La visión tradicional da como resultado la provisión de servicios convencionales. Como se señaló anteriormente, el análisis tradicional de la prestación de servicios de salud se centra en la visión de los proveedores de atención de la salud y los responsables de la formulación de políticas (*la oferta*). Los servicios se analizan en sí mismos, sin tener en cuenta que la respuesta sea apropiada en función del desafío que supone el punto de vista de los usuarios (*la demanda*). Tradicionalmente, el contenido de la atención de la salud y la organización de los servicios de salud forman parte del mismo modelo, considerándose separadamente los aspectos de gestión relacionados con la prestación de los servicios de salud (véase el gráfico 1).

BORRADOR OPS 2004

Gráfico 1: La visión tradicional asigna énfasis a la producción de servicios de salud



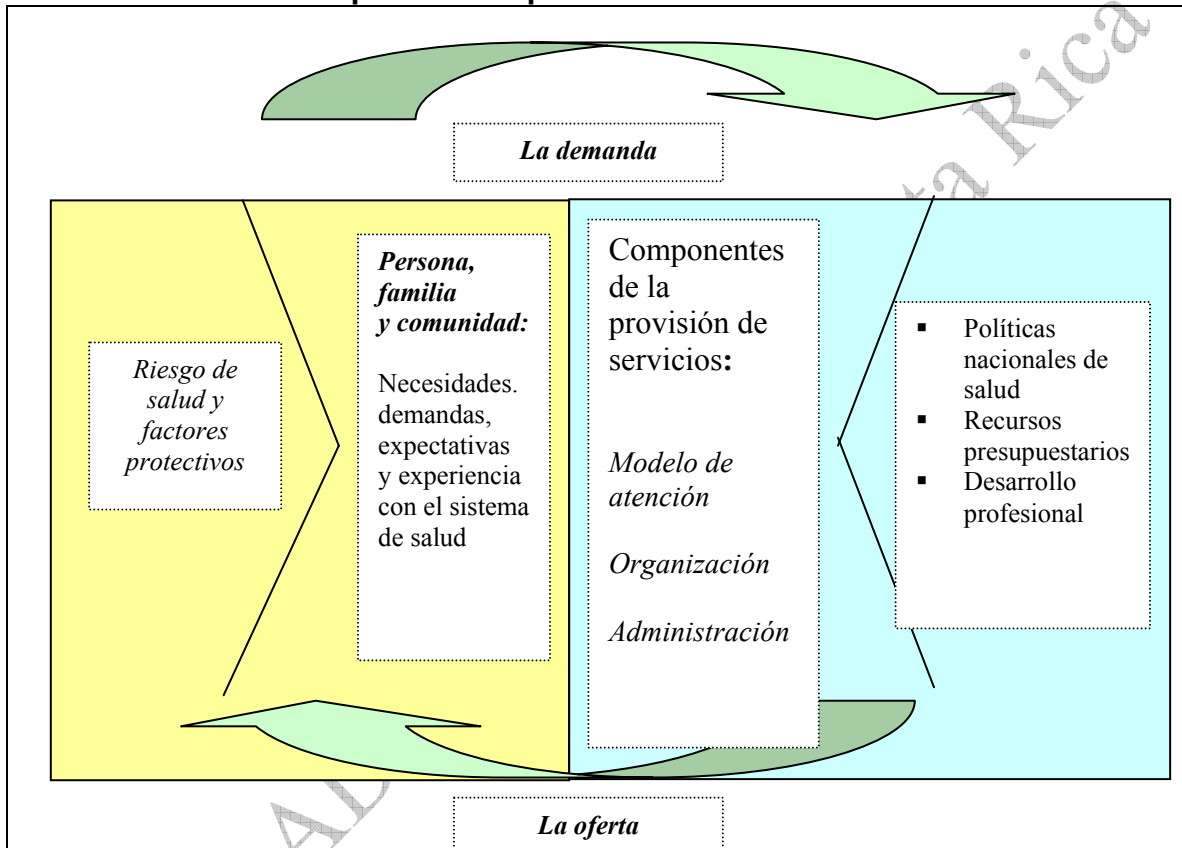
El *punto de vista sistémico*, por otra parte, se basa en la interacción entre los servicios de salud y los usuarios. El punto de partida de este marco son las necesidades, demandas, experiencias y expectativas de salud de los jóvenes, con respecto al sistema (*la demanda*). Los sistemas de salud deben determinar el nivel de atención que esperan proveer a los jóvenes de la comunidad (véase el gráfico 2). La respuesta no sólo deberá abordar los problemas relacionados con la salud de los jóvenes, sino también sus determinantes. Ello se relaciona con los numerosos factores que influyen sobre la salud de los individuos y las poblaciones. Muchos factores, más allá de los confines del sistema de atención de la salud, ejercen un profundo impacto sobre la salud. Tales factores incluyen el entorno físico y social, así como la biología y la genética humanas.

Las políticas de salud se concentran cada vez más en la búsqueda de formas de mejorar la salud actuando sobre estos factores (Foro Nacional sobre la Salud). Es importante analizar la demanda y la oferta de la ecuación, así como la interacción entre ellas. Esa interacción entre la oferta y la demanda resulta crítica para una provisión efectiva de servicios de salud. La literatura muestra abrumadoramente que las decisiones individuales sobre la utilización o la no utilización de los servicios de salud se adoptan independientemente de los

BORRADOR OPS 2004

servicios, y se ven influenciadas por factores que escapan al sector. El proceso de toma de decisiones comienza con la propia percepción del usuario acerca de la salud y la enfermedad, lo cual, dependiendo de sus creencias e idiosincrasias individuales, puede hacer que busquen tratamiento mediante terapias y medicamentos convencionales, tradicionales o alternativos, la automedicación o una combinación de todos ellos, o que simplemente no busquen tratamiento.

Gráfico 2: El punto de vista sistémico asigna énfasis a la calidad y el impacto en la prestación de servicios



Organización y gestión de sistemas y servicios de salud, OPS/OMS. (Versión de trabajo)

2.4 ¿Qué son los servicios de salud de calidad para los jóvenes?

En la última década, muchos estudios han ayudado a delinear la situación de salud de los jóvenes. Los estudios muestran que en la actualidad las personas más jóvenes incurrir en comportamientos que amenazan su salud en mayor proporción que las generaciones anteriores. Los estudios también muestran que incurrir en comportamientos riesgosos para la salud a menor edad que antes, y sus riesgos de salud aumentan notablemente cada año, especialmente entre los 11 y los 16 años de edad. Algunos de ellos incurrir simultáneamente en varios comportamientos riesgosos. El examen de las investigaciones sobre la situación de salud permite concluir que se ha producido un importante desplazamiento en las causas de la mortalidad y la morbilidad de los adolescentes. En la actualidad,

BORRADOR OPS 2004

el 72% de las muertes entre jóvenes de edad escolar se producen como consecuencia de accidentes automovilísticos, otras lesiones no intencionales, homicidios y suicidios. Una elevada proporción de esas muertes se relaciona con el consumo de alcohol y de drogas¹⁸.

En su *Programa común de acción*, la OMS, el FNUAP y el UNICEF han propugnado un enfoque integral para promover el desarrollo de la salud entre los jóvenes, previniendo problemas de salud y respondiendo a ellos cuando surgen. La provisión de servicios integrados de salud, como parte de un conjunto de componentes múltiples, que incluye información, desarrollo de habilidades para la vida, asesoramiento, provisión de servicios y la creación de un entorno seguro y sensible, desempeña un papel críticamente importante, no solamente en términos de atención curativa, sino también en la prevención y promoción de la salud. También existe un gran interés en el campo de la provisión de servicios de salud para jóvenes dentro y fuera del sistema de las Naciones Unidas. Los organismos de la ONU, los organismos bilaterales y las ONG internacionales están involucrados en el respaldo de la labor en esta materia al nivel de países, aunque existe una urgente necesidad de definir las “prácticas óptimas” y de desarrollar una comprensión compartida, basadas en las evidencias provenientes de la investigación y la experiencia de las organizaciones que actúan en este campo.

Los servicios de salud de calidad para los jóvenes reflejan sus necesidades y demandas de salud, así como sus expectativas y experiencias en materia de servicios de salud, y tienen por objeto cerrar la brecha que existe entre la oferta y la demanda de servicios creada por las diferentes perspectivas de los proveedores, los planificadores y los propios jóvenes en materia de servicios de salud. Se basan en los siguientes principios:

¹⁸ Integrating Comprehensive Adolescent Preventive Services into Routine Medicine Care.

BORRADOR OPS 2004**Principios de los servicios de salud de calidad para los jóvenes***Necesidades, demandas, experiencias y expectativas de salud de los jóvenes*

- El proceso de decisión de los jóvenes con respecto a los servicios de salud comienza con su propia percepción acerca de la salud y la enfermedad (desarrollo normativo), que dependiendo de sus creencias e idiosincrasias individuales (género, educación, cultura y antecedentes étnicos) puede inducirlos a buscar tratamiento (convencional, tradicional, alternativo), a automedicarse, o a no buscar tratamiento.
- Los jóvenes no acuden a los servicios de salud, aún cuando éstos estén disponibles, porque los servicios convencionales no satisfacen sus necesidades, prioridades y preferencias.
- Los jóvenes exigen respeto, confidencialidad, un entorno favorable y servicios de salud diferenciados por edades y géneros.
- Cuanto mayor sea el grado de participación de los jóvenes en el diseño, la provisión y la evaluación de los servicios de salud, mayor será la eficacia de los servicios.

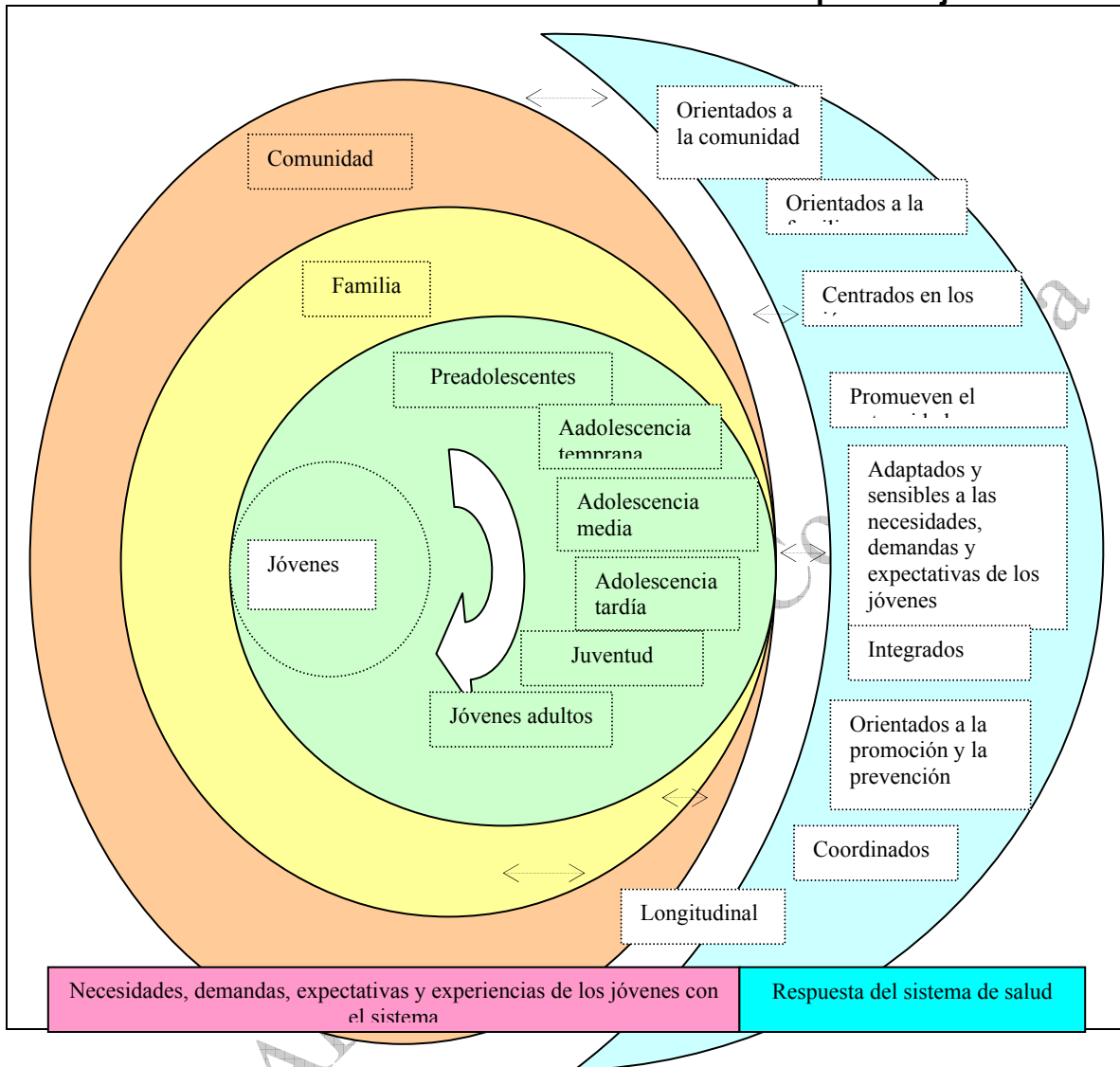
Los servicios de salud de calidad para los jóvenes son:

- Orientados a la comunidad
- Orientados a la familia
- Centrados en las personas
- Promueven el autocuidado
- Integrados
- Orientados a la promoción y la prevención
- Coordinados
- Longitudinales
- Dirigidos, responden y son sensibles a las necesidades, las demandas, las expectativas y las experiencias de los jóvenes en materia de salud
- Involucran a los jóvenes, como actores principales, en todas las facetas de la provisión de servicios de salud

BORRADOR Reunión Comunitaria

BORRADOR OPS 2004

Gráfico 4: Modelo de servicios de salud de calidad para los jóvenes



Programa de Organización y Gestión de sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS. (Versión de trabajo).

Si bien los adolescentes (10-19 años), los jóvenes (19 a 24 años) y las personas jóvenes (10 a 24 años) son términos que a veces se utilizan en forma indiscriminada, la comprensión de las diferencias que existen entre los diferentes grupos de edades y entre éstos y el resto de la población es crítica para una provisión efectiva de servicios de atención de la salud. Los problemas y las necesidades de salud también varían de acuerdo con las etapas y lugares de la vida en que ocurren; las necesidades de atención de la salud de un joven de 14 años en una zona urbana de la Argentina no son las mismas que las de una joven casada de 16 años en las zonas rurales del Perú. La adolescencia y la juventud son etapas particulares de la vida que presentan oportunidades y riesgos de salud; antes de llegarse a la edad adulta se producen importantes cambios físicos, psicológicos y sociales en la vida. Para abordar estas

BORRADOR OPS 2004

necesidades, los servicios de salud deben tomar en cuenta las diferencias entre y dentro de los países de la región (edad, género, costumbres, religiones, raza, nivel de desarrollo), así como los problemas comunes. Pero quizá un aspecto más importante sea la necesidad de responder a las necesidades de las distintas etapas de desarrollo en el ciclo de vida de los jóvenes de ambos sexos. No existe una solución única que pueda aplicarse a todos los contextos.

Los enfoques tradicionales para dividir las etapas de la adolescencia corresponden en general a la forma en que la sociedad agrupa a los jóvenes en las instituciones educacionales (primaria, secundaria y educación superior). Este enfoque puede diferir enormemente en las distintas culturas y países, y excluye a los jóvenes que no asisten a la escuela. Siguiendo el concepto de segmentación de la audiencia introducido por el mercadeo social y que cada vez se utiliza más en la salud pública, la OPS/OMS ha propuesto la diferenciación entre la niñez y la adultez mediante la descripción de subgrupos más pequeños y más homogéneos (Breinbauer, Maddaleno, 2003). Las etapas propuestas se basan en los cambios biológicos, cognitivos y sociales que experimentan los adolescentes (véase el cuadro 3).

Cuadro 3. Las diferentes etapas de la adolescencia

Etapas	Niñas	Varones
Preadolescencia	9-12 años	10-13 años
Adolescencia temprana	12-14 años	13-15 años
Adolescencia media	14-16 años	15-17 años
Adolescencia tardía	16-18 años	17-18 años
Juventud	18-21 años	
Jóvenes adultos	21-24 años	

El marco conceptual empleado en este trabajo (gráfico 2) centrado en la persona, la familia y la comunidad, también requiere la separación del contenido de la atención, la organización del servicio y los aspectos de la administración de la prestación de servicios en tres diferentes componentes, cada uno de ellos con sus atributos específicos:

- El **modelo de servicios de atención de la salud** es la suma total de las características de la interacción entre la persona (familia, comunidad) y los servicios de salud, vistos desde la perspectiva de los proveedores. Es la interacción entre la demanda y la oferta de servicios. Sus principales dimensiones son: (i) alcance de los servicios de salud para jóvenes, (ii) tipo de servicios ofrecidos, y (iii) orientación. Estas características se aplican a la totalidad del sistema de provisión de servicios, incluidos los niveles primario, secundario y terciario de atención, pero especialmente al nivel primario.
- La **organización** de los servicios de salud es la forma en que se combinan (organizan) los componentes del sistema para contribuir a su función colectiva. Sus principales dimensiones son: (i) los recursos humanos asignados a los servicios para adolescentes, (ii) la capacitación disponible

BORRADOR OPS 2004

para el personal y los adolescentes, (iii) el trabajo en equipo (multidisciplinario o a través de redes), (iv) el entorno del servicio, (v) su carácter multisectorial, (vi) accesibilidad y (vii) alcance.

- La **administración** de los servicios de salud es la forma en que los administradores reúnen todos los recursos del sistema para alcanzar las metas establecidas. Sus principales dimensiones son: (i) responsabilidad frente a los usuarios y la comunidad que atiende, (ii) respuesta a las prioridades y las idiosincrasias de los usuarios, (iii) actividad/pasividad de los servicios y el personal de salud, y (iv) grado de autonomía para adoptar decisiones y llevar a cabo acciones que afectan la provisión de servicios de salud.

2.5 Requisitos clave de los servicios de salud para adolescentes

2.5.1 Integración: la buena salud de los adolescentes requiere acciones diferentes pero complementarias

La salud de los adolescentes contribuye al desarrollo general en la misma forma en que la inversión en la educación y el empleo de los jóvenes contribuye a la salud. La Organización Panamericana de la Salud ha propuesto un enfoque basado en activos o de resiliencia para promover el desarrollo y la salud de los adolescentes (OPS, 1998). Ello es totalmente congruente con la opinión de la OMS de que es preciso apartarse del concepto de los jóvenes como problema y considerar la adolescencia como etapa formativa crítica de la vida, para establecer un sentido de identidad, generar compromisos en favor de la sociedad en general y profundizar los valores sociales, explorar la sexualidad y confrontar con soluciones a largo plazo las oportunidades que comprometen la salud y la vida que los jóvenes enfrentan en esta etapa de la vida (OMS, 2000e). La mayor parte de los países carece de políticas nacionales coherentes sobre los jóvenes (particularmente en lo que respecta a su salud). Además, muchos países cuentan con programas focalizados en la prevención de determinados problemas de salud, como el VIH/SIDA, en forma aislada. Si los gobiernos formularan políticas y programas coordinados para abordar en forma integral el desarrollo y la salud de los adolescentes, se maximizaría el beneficio para los jóvenes. Un enfoque de este tipo encontraría un equilibrio óptimo, por una parte, entre las acciones destinadas a estimular el crecimiento y el desarrollo personal, y por la otra, aquéllas destinadas a prevenir/responder a determinados problemas sociales y de salud, rechazando debates inflexibles en este aspecto crucial.

La promoción de un desarrollo saludable, que incluye la satisfacción de las necesidades y la formación de competencias en los individuos mientras pasan de la niñez a la adolescencia y a la edad adulta, previniendo y respondiendo a los problemas sociales y de salud —si éstos surgen— requiere acciones diferentes y complementarias, adoptadas por diferentes actores, y en diferentes entornos. El Programa Común de Acción acordado por la OMS, el FNUAP y el

BORRADOR OPS 2004

UNICEF, que surgió de un grupo de estudio sobre programación de la salud y el desarrollo de adolescentes, esquematiza las acciones necesarias para proveer a los jóvenes apoyo y oportunidades con el fin de:

- Adquirir información fidedigna sobre sus necesidades de salud
- Formar las habilidades para la vida que necesitan para proteger y salvaguardar su salud
- Obtener servicios de asesoramiento
- Tener acceso a servicios de salud
- Vivir en un entorno seguro (OMS/FNUAP/UNICEF, 1997a)

Estas acciones deben ser llevadas a cabo por los diferentes actores (incluso los propios jóvenes) en el hogar, la escuela, los centros de salud y la comunidad.

2.5.2 Acceso: los jóvenes no se muestran dispuestos o no pueden obtener los servicios de salud que necesitan

Los jóvenes —como los niños y los adultos— procuran ayuda de los diferentes individuos y organizaciones sobre una diversidad de aspectos. Una red de factores individuales y sociales afecta su comportamiento en busca de ayuda. En la actualidad, en muchos países a los jóvenes les resulta difícil solicitar ayuda de los servicios de salud. Pueden utilizarlas para enfermedades comunes como la malaria o las infecciones del sistema respiratorio superior. Sin embargo, es menos probable que las utilicen en casos de salud sexual y reproductiva o de afecciones que suponen un estigma, como los problemas de salud mental.. Muchos autores concuerdan en que los siguientes factores afectan la búsqueda de ayuda:

- **Factores relacionados con la motivación.** Dichos factores pueden reflejar *características individuales*: la juventud, la limitada experiencia o conocimientos acerca de las señales y síntomas de ciertas enfermedades, la incertidumbre sobre los lugares en los que puede solicitarse ayuda, el temor al estigma, la influencia de las consideraciones de género (como que la morbilidad menstrual no reviste importancia por tratarse de un problema típico de las mujeres). *Los valores comunitarios y culturales*: si el problema se considera importante y puede ser tratado por la medicina moderna; si la instalación de salud constituye una fuente apropiada de tratamiento, si puede afrontarse el costo de una visita y si éste representa un valor apropiado, si existen fuentes alternativas de ayuda (por ejemplo, curadores tradicionales), y si éstos se consideran más apropiados para las niñas/mujeres (Ahmed, 1990).
- **Problemas de acceso** (como horas inconvenientes y problemas de transporte). Algunos autores sostienen que es preciso contar con servicios cercanos a las casas de los jóvenes, aunque otros sugieren que los servicios situados lejos ofrecen la ventaja del anonimato. Es probable que los jóvenes

BORRADOR OPS 2004

prefieran una instalación de salud más cercana, mientras que las personas jóvenes de más edad, que tienen un poco más de dinero y confianza, motivadas por experiencias anteriores insatisfactorias, estén preparadas a acudir a lugares más lejanos. Los ingresos, por supuesto, limitan su capacidad para pagar y representan un factor clave en el acceso a los servicios por parte de los adolescentes.

- **Una experiencia anterior negativa en determinada instalación de salud.** Con frecuencia la posibilidad de ser vistos por personas conocidas, la necesidad de esperar mucho tiempo, los procedimientos engorrosos para registrarse, la negativa a proporcionar los servicios, el hecho de sentirse humillados, los exámenes dolorosos, el hecho de ser oídos por otras personas y la deficiencia de los servicios/instalaciones (como la escasez de medicamentos o la falta de cooperación del personal).
- **Servicios que no se adaptan a las necesidades y las características de los jóvenes.** Por ejemplo, el enfoque adoptado en América Latina y el Caribe en materia de atención materna, que se basa en las mujeres adultas y casadas, y no responde a las necesidades de las adolescentes.

Muchos de estos factores afectan la búsqueda de atención de la salud, tanto en los adultos como en los adolescentes. Una diferencia clave se presenta cuando se cuestiona el derecho de los jóvenes solteros al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Con frecuencia se registra una experiencia negativa cuando el recepcionista o el proveedor de la atención manifiestan una actitud de desaprobación o cuando su actitud es ambigua en cuanto al derecho de los menores al tratamiento sin el consentimiento de los padres. En consecuencia, el punto de partida de un servicio de salud favorable a los jóvenes debe ser reducir la renuencia de los trabajadores de salud a atender a los jóvenes. Ello plantearía diversos aspectos: en primer lugar, la necesidad de contar con un marco jurídico favorable: confirmar los derechos de los adolescentes, y proteger a los trabajadores de salud en el caso de que la comunidad desapruuebe su actuación; en segundo lugar, con frecuencia los trabajadores de salud y el personal auxiliar carecen de los conocimientos y de la capacidad de comunicación necesaria para tranquilizar a los jóvenes y hacerlos sentirse bienvenidos al servicio; en tercer lugar, incluso si se hallan legalmente protegidos y capacitados, algunos proveedores de servicios de salud siguen mostrándose reacios a proveer servicios de salud sexual a los jóvenes por razones morales o prejuicios de género.

2.5.3 Capacidad de respuesta: se requiere un entorno favorable para mejorar el acceso y la utilización

Desde la perspectiva de los adolescentes, existen muchos factores que afectan negativamente la provisión de servicios, entre los cuales pueden mencionarse los siguientes:

BORRADOR OPS 2004

- Los *valores y prejuicios* de los adultos con respecto a los jóvenes, tanto entre los profesionales de salud como entre el personal no profesional
- Los *conceptos erróneos* de los proveedores de atención
- La *ignorancia* de los jóvenes acerca de sus derechos
- La *falta de capacidad* del sistema para responder a los servicios demandados
- La *falta de reconocimiento/respuesta de los servicios* acerca de las cambiantes necesidades de los adolescentes
- El escaso *atractivo* de los servicios, y los mecanismos administrativos engorrosos y complicados
- Los mensajes educacionales *inapropiados*
- *La falta de una estrategia* para la sostenibilidad de los servicios.

La provisión de servicios eficientes, flexibles, atractivos y de bajo costo es fundamental para el éxito de los servicios de salud para adolescentes. La provisión de servicios de calidad en cuanto a los procedimientos administrativos, el entorno de la provisión del servicio, los procedimientos para acceder a los servicios y los tipos de proveedores constituyen elementos clave para llegar a los jóvenes e incrementar su utilización del servicio. La creación de un entorno favorable y adecuado para los jóvenes representa un desafío para los proveedores. La participación de los jóvenes en el diseño y la construcción del espacio físico en el que se proveerá el servicio les permitirá identificarse con el mismo. Además, la disponibilidad de materiales educacionales, libres de prejuicios y que tengan en cuenta sus derechos permitirá a los jóvenes sentirse más cómodos y menos intimidados. Los servicios deben prestarse en un ambiente informal y agradable, preferiblemente decorado por los propios jóvenes en un estilo que les resulte atractivo. La ubicación y el aspecto de los servicios debe adaptarse al contexto local (ya se trate de un entorno rural o urbano). Deben contar con su propio espacio, por ejemplo en las salas de espera, con materiales educacionales atractivos, lo que requiere que se asignen recursos para ese fin. La forma en que se maneje este último aspecto será esencial para crear un ambiente privado y atractivo para los jóvenes. Con respecto a los horarios de atención, los servicios deben ser flexibles, y responder a las necesidades y las preferencias de los jóvenes. Por ejemplo, los servicios que sólo operan durante las horas de clase podrían representar un importante impedimento para el acceso de los adolescentes. Los servicios además deberían ser móviles, con el fin de alcanzar a los jóvenes donde éstos se encuentran.

Se requiere una mayor inversión en acciones preventivas, así como un mayor acceso a la atención curativa y la rehabilitación en la etapa de la adolescencia. Quienes trabajan con los jóvenes consideran que ello se traducirá en una población adulta más saludable. Sin embargo, como se señala en un informe sobre las necesidades de salud mental de los jóvenes canadienses, *“continuamos procurando y promoviendo a los niveles nacional y provincial. Las limitaciones fiscales, las sucesivas reorganizaciones de los servicios y las*

BORRADOR OPS 2004

autoridades de salud, y la sensación que prevalece en el sentido de que la atención de la salud está en crisis, tienden a sobrepasar las necesidades, no satisfechas desde hace tiempo, de los jóvenes canadienses. Sigue constituyendo un desafío superar el clima en el cual la existencia de servicios amigables para los adolescentes se considera algo no esencial” (Tonkin, 2000). Lo que ello significa es que se requiere un esfuerzo concertado para sensibilizar y educar a los responsables de la formulación de políticas, los planificadores y los administradores de los programas.

3. Qué se necesita para asegurar la calidad de los servicios de salud para adolescentes

3.1 Los servicios deben reflejar los puntos de vista, las demandas y las expectativas de los jóvenes

Para mejorar el acceso y la utilización, es necesario señalar algunas recomendaciones sobre el diseño de programas integrados de salud para los jóvenes, especialmente en lo que se refiere a los proveedores de tales servicios:

- *La sensibilización y la capacitación* deben también incluir al personal de recepción, mantenimiento y seguridad, que por lo general son el primer contacto de los jóvenes.
- Los servicios deben *aceptar y ser amigables* a los jóvenes. Aceptar sus códigos en materia de vestimenta, vestir en forma informal, aceptar su lenguaje y conocer sus medios de comunicación y recordar que las normas sobre privacidad y confidencialidad deben ser recíprocas.
- Idealmente, debe invitarse a *los jóvenes y a sus padres* a participar en la labor de los servicios, por ejemplo en tareas administrativas o en la provisión de servicios adecuados.
- Deben existir *mecanismos para transmitir quejas* y abusos en los servicios, por ejemplo, una caja para quejas anónimas, que las autoridades deben considerar seriamente.
- *Los jóvenes deben participar* en el diseño de los elementos del servicio y su evaluación.
- *Las políticas y las leyes* que afectan la provisión y la administración de los servicios deben compartirse con los proveedores con el fin de garantizar procedimientos adecuados y asegurar la confidencialidad en la gestión de los archivos de los pacientes, en particular cuando se los refiere a otros servicios.
- Es preciso recopilar y difundir sistemáticamente las *prácticas óptimas y enseñanzas recogidas*.

3.2 Deben proporcionar a los jóvenes un entorno amigable/propicio

En numerosas encuestas realizadas en muchos países, los jóvenes han identificado las siguientes características que constituyen un servicio favorable.

BORRADOR OPS 2004

- Los servicios —sus *horas de atención y su ubicación*—deben estar ampliamente publicitados, aunque su entrada debe ser discreta. Se observa una preferencia por los centros comerciales con mucho movimiento, las calles laterales, su ubicación cerca de escuelas o colegios o en rutas servidas por autobuses. Con frecuencia los jóvenes requieren que el servicio esté abierto al público después de los horarios escolares o durante los fines de semana.
- Los servicios deben ser *confortables y acogedores* (lo que incluye al personal de recepción). Los jóvenes muestran una preferencia por acudir en forma inesperada y registrarse y ser atendidos rápidamente. Insisten en la privacidad y la confidencialidad, y tienden a resistirse al requisito de consentimiento de los padres. Prefieren que el personal los trate con respeto, sin juzgarlos ni tratarlos en forma displicente. En visitas subsiguientes, prefieren asimismo ser atendidos por la misma persona.
- También esperan contar con *amplio tiempo para hablar* con el proveedor de los servicios de salud, suficiente información y todos los servicios que necesitan, bajo un mismo techo. No se sienten cómodos con ciertos tipos de exámenes (por ejemplo, el examen de órganos genitales).
- Con frecuencia *no pueden pagar los servicios*, aunque pueden verse motivados a “rogar, pedir prestado o robar” para pagar algunos servicios (como la terminación de embarazos no deseados) y para proteger su confidencialidad.

En este documento no se analizan sistemáticamente los puntos de vista de determinados subgrupos de jóvenes. Podría anticiparse, por ejemplo, que diferentes grupos de jóvenes —varones y mujeres, de mayor o menor edad, y grupos específicos—como aquéllos que padecen condiciones específicas (enfermedades o discapacidades) o aquéllos que se encuentran en circunstancias específicas (como los que viven “en las calles”) presenten ciertas características especiales. La existencia de servicios amigables es un concepto limitado, aunque parece definir un componente necesario de cualquier servicio de salud para adolescentes. Sería difícil satisfacer todos los criterios mencionados, y ningún servicio se ajustará a las particulares necesidades de todos. En general, cabe señalar dos características primordiales: la *confidencialidad* y la *actitud del proveedor*.

3.3 Es preciso aplicar enfoques no tradicionales para incrementar la utilización de los servicios

Existen varios enfoques que pueden aplicarse para incrementar la utilización de los servicios, aunque sólo pueden emplearse cuando el servicio tiene la capacidad para responder a una mayor demanda.

BORRADOR OPS 2004

- **Vinculación de las escuelas con los servicios de salud.** Con frecuencia se recomienda vincular las escuelas y las clínicas como una forma de facilitar las referencias. En los países en los que se ha aplicado este enfoque, en general los trabajadores de salud van a las escuelas cercanas a impartir enseñanza sobre sexualidad, abuso de sustancias e información sobre los servicios que prestan las instalaciones de salud. Cuando la proporción de jóvenes que asisten a la escuela es elevada, utilizando este enfoque existe la posibilidad de alcanzar una audiencia numerosa (OMS, 1998b). En Mwanza, Tanzania, está evaluándose esta estrategia como parte de una estrategia de intervención (OMS, 2000c).
- **Movilización de la comunidad.** De un estudio realizado en Zambia (OMS, 2000c) se observan evidencias preliminares de que existe una mayor probabilidad de que los jóvenes utilicen servicios de salud reproductiva en aquellas comunidades que más aceptan tales servicios. Cuando se consulta y se hace participar a los padres y a otras personas “influyentes” de la comunidad, se genera un entorno que legitima el derecho de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, algunos trabajadores de salud sostienen que en ciertas comunidades, tales enfoques pueden producir un endurecimiento de la actitud de la comunidad. Sugieren que cuando se trabaja en aspectos como la provisión de preservativos y anticonceptivos a jóvenes solteros, podría ser preferible hacerlo en silencio. Esta actitud puede lograr que a los miembros de la comunidad que se muestran ambivalentes con respecto a la provisión, les resulte más fácil ignorar dicha actividad.
- **Líneas de ayuda telefónica y programas de radio.** Estas intervenciones pueden ayudar a los jóvenes a identificar los lugares donde se prestan los servicios. Se han utilizado en muchos países y generalmente son muy populares entre los jóvenes, en particular los hombres jóvenes, que aprecian el anonimato. En Uganda se duplicó la asistencia a una instalación de salud como consecuencia de un programa de radio (Senderowitz, 1999). Siempre se cuestiona la sostenibilidad a largo plazo de este tipo de proyectos.
- **Pares promotores de la salud.** Los programas de pares capacitan a los jóvenes a transmitir mensajes o productos de salud a otros jóvenes de la misma edad o antecedentes similares. Tales programas han pasado a ser una característica de los servicios para adolescentes (Senderowitz, 2000). La información proveniente de estos promotores constituye una evidencia de que se consulta y se logra la participación de la población objetivo. Han habido muchos programas y numerosas evaluaciones, y se han identificado tres beneficios principales: (i) los propios promotores se benefician de los programas, (ii) la educación de pares estimula el cambio de comportamiento individual a corto plazo cuando no se dispone de evaluaciones a largo plazo, (iii) estos programas estimulan la demanda de servicios (OMS, 2000b). Desde un punto de vista negativo, puede ocurrir que estos promotores no alcancen una elevada proporción de jóvenes. En un proyecto urbano en Zimbabwe, las entrevistas realizadas al salir de los servicios de salud mostraban que sólo un 10% de los jóvenes entrevistados habían estado en

BORRADOR OPS 2004

contacto con pares promotores en sus comunidades, aunque los contactados parecían hallarse en situación de mayor riesgo (OMS, 2000c).

Se requiere contar con más evidencias para determinar el éxito de los diferentes enfoques aplicados para estimular a los jóvenes, o a los que pertenecen a subgrupos difíciles de alcanzar, a que asistan a los servicios de salud. En vista del actual compromiso en favor de la educación de pares, resultaría muy útil tener una mejor comprensión de la forma más conveniente de utilizar estos promotores. Otro aspecto es determinar en quién recae la responsabilidad de realizar la promoción (como consultar o lograr la participación de personas influyentes) y la labor de extensión (como la forma de alcanzar a los jóvenes). Estas tareas generalmente están a cargo de enfermeras, y puede esperarse que éstas lleven a cabo algunas actividades de promoción, aunque los jóvenes no constituyen su única responsabilidad. Un aspecto importante es la administración y la sostenibilidad de este tipo de programas. Es preciso reclutar, capacitar y supervisar a los promotores, y reemplazar a los que abandonan el programa.

3.4 Es preciso proveer un conjunto mínimo de servicios

La idea de un *conjunto mínimo* es definir una serie de servicios y competencias con los que podrían contar los jóvenes en un entorno de atención primaria. En la *Consulta regional americana sobre servicios de salud amigables para los adolescentes* (OMS, 2000b) el conjunto básico al nivel de atención primaria se definía de la siguiente manera: (i) vigilancia del crecimiento y el desarrollo, (ii) evaluación/detección/gestión de problemas y comportamientos problemáticos y referencia a otros proveedores de servicios cuando tales problemas no pueden resolverse al nivel primario, (iii) educación (y asesoramiento) sobre temas tales como cambios corporales, atención personal y búsqueda de ayuda/atención, y (iv) inmunización. En la consulta africana (OMS, 2000c), se propuso el siguiente conjunto de servicios preventivos y curativos: (i) salud general (tuberculosis, malaria, enfermedades endémicas, lesiones, accidentes, atención odontológica), (ii) salud reproductiva (anticonceptivos, tratamiento de ETS, atención de embarazos, atención posterior al aborto), (iii) asesoramiento confidencial voluntario y pruebas de VIH, (iv) gestión de la violencia sexual, (v) servicios de salud mental, incluido el abuso de sustancias, y (vi) información y asesoramiento sobre el desarrollo durante la adolescencia, salud sexual y reproductiva, nutrición, higiene, consumo de sustancias (tabaco, alcohol y drogas).

El conjunto de *servicios esenciales* que se pondrá en práctica en Sudáfrica difiere en varios aspectos (OMS, 2000c). El programa contempla el establecimiento de servicios de atención de salud para adolescentes al nivel primario en todo el país para fines de 2001. Se ha previsto una verificación aleatoria para evaluar el impacto de la intervención en materia de ETS, VIH, embarazos no deseados y búsqueda de atención por parte de adolescentes. Es la primera iniciativa de este tipo que se introduce en gran escala y en la que el

BORRADOR OPS 2004

impacto se evalúa utilizando un sólido enfoque metodológico. Sus componentes son: (i) información y educación sobre salud sexual y reproductiva, (ii) información, asesoramiento y referencia de problemas de salud mental y violencia/abuso, (iii) información y asesoramiento sobre anticonceptivos y provisión de métodos, incluso anticonceptivos orales, anticonceptivos de emergencia, inyectables y preservativos, (iv) asesoramiento y pruebas de embarazo, atención antenatal y postnatal, (v) asesoramiento y referencia en casos de embarazos, (vi) información sobre ETS, diagnóstico y gestión sindrómica de ETS, y (vii) información sobre VIH, asesoramiento y referencia cuando no se cuenta con pruebas y asesoramiento voluntarios.

El conjunto de servicios sudafricano se concentra en la salud reproductiva: VIH, ETS, embarazos y violencia, que con frecuencia es de naturaleza sexual. El conjunto ha sido formulado en un país en el que la terminación del embarazo es legal. Supone la disponibilidad, al nivel de atención primaria, de la capacidad para proveer servicios de asesoramiento, una gama de suministros anticonceptivos, pruebas de embarazo y pruebas de VIH en ciertos casos. Se considera que los jóvenes están interesados en el *asesoramiento y las pruebas voluntarias*. Las evidencias provienen de la observación (proyecto *Horizons* en Kenya y Uganda, referidos en Senderowitz, 2000), como las evidencias de que existe un decidido cambio positivo en el comportamiento de los jóvenes que han sido sometidos a pruebas. El conjunto de servicios incorpora atención antenatal y postnatal, aunque estas funciones por lo general se proveen a los jóvenes como parte de la atención de rutina en casos de embarazo (presumiblemente con la intención de mejorar la práctica corriente). Constituye un ejemplo de un país que ajusta el conjunto básico de servicios a sus prioridades, su marco jurídico y los recursos disponibles.

Cuando se considera un conjunto mínimo de servicios, la decisión básica es si debe concentrarse predominantemente en la salud reproductiva, o si debe incluir la promoción de la salud en general. Al conjunto mínimo pueden agregarse componentes con el fin de convertirlo en un *conjunto óptimo* si existen evidencias de que dichos componentes son efectivos, si abordan problemas de salud que constituyen una importante preocupación para un país o una región determinada, y si existe una infraestructura suficiente para respaldar su provisión o para apoyar las referencias. Tales decisiones deben basarse en la evaluación de las necesidades locales y el análisis de los sistemas de salud. En los países que cuentan con más recursos, el servicio de salud para adolescentes puede proveer directamente una gama más amplia de servicios. En otros países, puede desempeñar las funciones de un servicio de información al que pueden referirse a los jóvenes. Lo esencial es que el servicio debe estar ampliamente disponible, debe ser sostenible, de buena calidad y producir mejores resultados en cuanto a la salud de los jóvenes. El ensayo sudafricano evaluará los resultados en materia de salud reproductiva; podría evaluarse de forma similar un conjunto más general de prestaciones de salud, y en lugares en que se cuente con una infraestructura menos desarrollada. Resulta importante aclarar si dicha

BORRADOR OPS 2004

verificación tiene por finalidad probar la eficacia del conjunto de servicios en condiciones ideales (lo que ocurre en general en las verificaciones costosas) o en las condiciones que probablemente prevalezcan.

3.5 En cada nivel de atención debe contarse con mecanismos institucionales

1.1.1 Al nivel primario

A este nivel, el principal desafío es encontrar dónde están los jóvenes, cómo atender sus necesidades, y cómo lograr que los servicios disponibles les resulten atractivos. En el nivel primario resulta clave encontrar la forma de proveer servicios convenientes y útiles que promuevan una activa participación en todos los aspectos de la atención y sólo en las patologías que afectan a los adolescentes. La difusión de información clara, concisa y de alta calidad constituye una actividad que podría facilitar notablemente la participación de los jóvenes en los programas de atención primaria, particularmente los que se relacionan con la salud reproductiva y sexual. Para obtener una cobertura adecuada de servicios, debe constituir una prioridad la coordinación con las escuelas, las iglesias, los centros recreativos y las organizaciones comunitarias. Es vital una participación genuina de la comunidad, que preste debida atención y respete sus propios procesos y mecanismos de decisión. También resulta crítico aplicar un enfoque multidisciplinario y multisectorial integrado a los servicios de búsqueda de adolescentes. Cada uno de los aspectos sociales de los servicios debe ofrecer una atmósfera agradable e inspirar confianza para estimular y motivar a los jóvenes a que los utilicen y los recomienden a sus compañeros.

Al mismo tiempo, el establecimiento de redes con servicios de educación y orientación de jóvenes facilitará el alcance de los servicios. En muchos casos, no es suficiente que los especialistas provean los servicios; es preciso capacitar a los líderes comunitarios, educar a los padres a través del sistema escolar, e intercambiar información entre los jóvenes y sus padres y estimular un diálogo abierto para solucionar las necesidades de salud de los jóvenes. La búsqueda de nuevos aliados debe estar acompañada de la capacitación de los trabajadores de salud, los líderes comunitarios y los jóvenes que participan en los programas. Esta capacitación debe orientarse tanto al autocuidado como a las acciones colectivas. Una inversión de recursos en este nivel puede producir resultados efectivos y eficientes. También es importante contar con un programa activo y positivo de capacitación de jóvenes, diseñar estrategias de identificación y captación que transformen a los jóvenes en decididos aliados de la promoción de la salud y los conviertan en recursos útiles para otros jóvenes necesitados. Este es un desafío que deben enfrentar los servicios locales de salud, para lo que resulta crítico forjar alianzas con otros actores del sector social. Por otra parte, la utilización como base de un estudio sobre los riesgos de salud y los factores de protección que afectan a los jóvenes permitirá la aplicación de programas preventivos más realistas, que generen un espacio para la activa

BORRADOR OPS 2004

resolución de los problemas y la prevención de situaciones específicas, como los embarazos tempranos y las enfermedades transmitidas sexualmente. Por esa razón, resulta crítica la capacitación del personal de salud. Los proveedores de servicios de salud que trabajan con los jóvenes necesitan comprender sus problemas, considerar que la adolescencia es una etapa del desarrollo de una persona y no una amenaza, y aprovechar la oportunidad para educarlos y orientarlos para el resto de sus vidas.

El conjunto básico de servicios a este nivel podría incluir:

- *Vigilancia del crecimiento y el desarrollo*
- *Salud reproductiva y sexual*
- *Inmunizaciones*
- *Información, educación y comunicación en temas relacionados con los cambios físicos y dónde buscar ayuda*
- *Detección y tratamiento de problemas de comportamiento y otras dolencias específicas empleando mecanismos de referencia y contrarreferencia*
- *Evaluación de riesgos y factores de protección.*

Los nuevos programas y la transformación de los servicios existentes enfrentan desafíos que requieren nuevos mecanismos para el enfoque y la evaluación de los servicios. El éxito en la provisión de servicios efectivos requerirá superar las barreras identificadas al acceso y la utilización, responder a los puntos de vista, las preocupaciones y las necesidades de salud de los adolescentes para atraerlos y llegar a ellos donde se encuentren.

3.5.1 Recomendaciones para el mejoramiento de la calidad, especialmente al nivel primario

En primer lugar, es preciso averiguar lo que significa la calidad, la forma de evaluarla y medirla y cuál es el enfoque que debe adoptarse para hacerlo. El propósito de un programa de mejoramiento de la calidad es mejorar la forma en que se proveen los servicios, incluyendo todos los aspectos relacionados con los procesos, los productos y sus resultados. La calidad de los servicios ofrecidos debe ajustarse a la calidad que la comunidad espera de ellos; de no ser así, generan decepción y falta de satisfacción, lo que a su vez genera falta de confianza y pérdida de credibilidad. En el diseño de un programa de garantía de la calidad es importante tener en cuenta el contexto en el que el servicio se propone, y formular un plan integral que aborde los problemas, las necesidades y las situaciones particulares identificadas al nivel local. Es preciso tomar seriamente en cuenta los factores externos que pueden influir sobre su ejecución: en consecuencia, es aconsejable diseñar un plan de vigilancia y evaluación que también aborde estos aspectos. Los programas deben enfocar tanto el desempeño de los proveedores como el de los servicios de salud. Una apropiada combinación de medidas como capacitación (que incluya programas in situ y de aprendizaje a distancia), el seguimiento de la capacitación y una

BORRADOR OPS 2004

clara definición de las normas y procedimientos operativos, constituyen elementos clave para garantizar la calidad de un programa. De igual forma, una supervisión adecuada o que respalde las actividades y la disponibilidad de centros de referencia pueden contribuir a mejorar la competencia y el desempeño. Los programas de acreditación, certificación y licenciamiento de quienes participan directamente en la provisión de los servicios, así como de los recursos externos, han demostrado ser herramientas muy eficaces para la evaluación, el mejoramiento y la sostenibilidad de programas de calidad.

3.5.2 Al nivel secundario

La definición del nivel secundario de atención es más compleja y difícil; básicamente depende de lo que se disponga a los niveles primario y terciario en un país determinado. En la práctica, es más dinámico y por lo tanto requiere fortalecer la capacitación sobre mecanismos de referencia y contrarreferencia, un sistema capaz de un alto grado de resolución, además de medidas interdisciplinarias en el punto de atención, que permitan una diferenciación entre los jóvenes y otros grupos de la población. Es importante señalar la necesidad de fortalecer los vínculos que existen entre los tres niveles; ello hará que la labor al nivel secundario sea más eficiente y efectiva y creará un mecanismo más ágil de devolución. El ideal es reducir la demanda al nivel terciario y permitir sólo aquellos casos que no pueden resolverse a los niveles primario o secundario. Entre las barreras a un servicio más ágil se han mencionado la falta de claridad de las funciones al nivel secundario, la combinación de intervenciones con el nivel primario, y la falta de coordinación y de mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los dos niveles.

3.5.3 Al nivel terciario

A este nivel resulta importante incluir intervenciones preventivas junto con las intervenciones directas y curativas que se requieran. Deben tenerse en cuenta elementos de prevención y promoción. A este nivel, la amplitud y la complejidad de los problemas de los adolescentes requiere atención personalizada y multidisciplinaria, que puede, por ejemplo, incluir desórdenes nutricionales, desórdenes de sueño y otros problemas crónicos que no pueden atenderse al nivel primario. Ello requiere la inclusión de médicos, enfermeras, grupos de apoyo, psicólogos, nutricionistas y trabajadores sociales como elementos clave de los equipos de atención. El seguimiento del tratamiento dentro y fuera de los servicios requiere que la comunidad respalde activamente los centros de salud. La participación de grupos familiares, madres y padres les permite asumir responsabilidad por la continuación y la terminación de los tratamientos. La devolución al primer nivel de atención, cuando se ha completado la participación del nivel terciario, resulta clave para el éxito de las intervenciones en promoción y prevención de la salud y la vigilancia de las enfermedades crónicas. Para fortalecer un sistema de devolución con información de calidad, es indispensable respetar la privacidad y la confidencialidad del paciente.

BORRADOR OPS 2004

Cada uno de los niveles de atención implica trabajar en la promoción y coordinación multisectorial e intersectorial, lo que supone tener en cuenta otros actores y entornos. Las ONG, las escuelas, la comunidad, las redes comunitarias, las organizaciones de adolescentes y las iglesias pueden convertirse en buenos aliados. Para contemplar una activa participación de los adolescentes en el modelo es preciso formar capacidad y afectar los cambios deseables en el punto de atención. En los modelos de provisión de atención orientados a la familia, debe procurarse especialmente evitar diluir las necesidades de los adolescentes. Normalmente, lo que falla es el seguimiento de los servicios; ello requiere un sistema adecuado pero no intrusivo de supervisión y seguimiento. Los contratos de servicios y los acuerdos de ejecución deben incluir una estrecha vigilancia de la suficiencia y el cumplimiento de lineamientos específicos por parte de los servicios y la definición de las funciones y responsabilidades de la atención a cada nivel.

4. Otras características que aumentan la calidad de los servicios para los jóvenes

4.1 El intercambio de información facilita el acceso

Existen numerosas fuentes de información y servicios para jóvenes que se hallan fuera del sector público, y que con frecuencia los jóvenes desconocen. Si las organizaciones y los individuos trabajan juntos, se amplía la gama de servicios disponibles y se proporcionan oportunidades de referencia. Con frecuencia, las ONG dedicadas a la planificación familiar han estado en la avanzada en la provisión de servicios de salud reproductiva para jóvenes y han desempeñado un importante papel contribuyendo a la formulación de políticas al nivel nacional (Senderowitz, 2000). Algunas de las ONG más grandes cuentan con buen financiamiento y son sólidas desde el punto de vista técnico. Muchas de ellas han llevado a cabo programas destinados a los jóvenes, primero a través de *centros de salud* y más recientemente a través de equipos de promotores juveniles que refieren a sus pares a clínicas donde pueden ser asesorados y a una amplia gama de servicios de salud reproductiva (OMS, 2000c). Otras ONG que trabajan con niños y jóvenes se ocupan de diferentes aspectos. Algunas se concentran en el empoderamiento y ofrecen esquemas de desarrollo que complementan la salud, como programas de alfabetización, programas de capacitación vocacional y programas de generación de ingresos. Otras se concentran en personas que tienen necesidades especiales, como los desamparados o quienes padecen de SIDA o problemas de drogas. Muchas de estas organizaciones no se describirían a sí mismas como instituciones orientadas específicamente a la salud, aunque la mayoría de ellas participa en actividades de educación sobre la salud, con frecuencia proveen primeros auxilios y tratamiento de enfermedades comunes porque los grupos que atienden se muestran reacios a acudir a servicios regulares de salud. Las ONG que trabajan con niños y jóvenes de la calle advierten el valor de (i) evitar la

BORRADOR OPS 2004

duplicación de servicios, (ii) mejorar sus relaciones con otros proveedores de servicios de salud, y (iii) publicitar los servicios disponibles (OMS, 2000d). Para muchas ONG, resulta atractivo contar con clínicas amigables para los adolescentes, a las que puedan referir a sus clientes.

En un creciente número de países, las clínicas, las farmacias y los hospitales privados están asumiendo un papel cada vez más importante en la provisión de servicios de salud. Pueden estar dispuestos y hallarse en condiciones de llenar brechas en los servicios disponibles, pero en la actualidad a los trabajadores de salud les resulta difícil identificar los proveedores del sector privado a los que podría resultar apropiado referir a los jóvenes. En muchos países europeos se han movilizado (y se ha capacitado) a los farmacéuticos para que provean información a los jóvenes y a otros segmentos de la población, orientándolos a los proveedores apropiados de servicios. También están llevándose a cabo iniciativas similares en ciertos países africanos, asiáticos y latinoamericanos. Esta constituye evidentemente una vía que merece explorarse en forma más detallada. Un estudio realizado en Tailandia reveló que los hombres que acudían a las farmacias eran más jóvenes, tenían menos educación e ingresos e incurrieron en prácticas sexuales más riesgosas que los hombres que asistían a clínicas privadas o del gobierno (Benjarattanaporn, 1997). Por otra parte, los que asistían a clínicas especializadas de ETS obtenían servicios más completos.

Los programas de *mercadeo social* ponen a disposición de los jóvenes preservativos, anticonceptivos que no requieren recetas y otros productos en lugares en los que se congregan personas jóvenes, a precios accesibles. Estas iniciativas también están respaldadas por vigorosos esfuerzos de promoción, que aplican enfoques de publicidad comercial. Existen crecientes evidencias de programas de este tipo focalizados deliberadamente en los jóvenes. Los recursos y servicios relacionados con la creación de redes proporcionarán la mejor oportunidad de alcanzar a la mayoría de los jóvenes mediante servicios generales y especializados. La justificación de compartir ampliamente estas necesidades para identificar la gama de servicios disponibles y el desarrollo de sistemas de referencia (entre los servicios de salud y otras organizaciones y entre diferentes niveles de los sistemas de salud) también podría contribuir a una menor duplicación y al establecimiento de servicios con los que ahora no se cuenta.

4.2 Resulta vital la creación de alianzas estratégicas

Las relaciones con aliados estratégicos resultan vitales para fortalecer servicios integrados de salud para los jóvenes; representan elementos críticos para el éxito de las acciones prioritarias en materia de provisión de servicios. En estas relaciones, resulta útil identificar aquéllas que contribuirán al éxito general de las intervenciones, que constituirá valiosa información para repetir la experiencia en otras comunidades. Entre dichos aliados críticos pueden mencionarse:

BORRADOR OPS 2004

- *Los responsables de la formulación de políticas (abogacía)*
- *Los medios de comunicación*
- *La comunidad*
- *La familia*

Otro importante elemento es reconocer que la principal responsabilidad por la marginación de los jóvenes corresponde a toda la sociedad. En consecuencia, reviste importancia generar mecanismos efectivos para su integración y conocer los patrones del comportamiento de búsqueda de salud y atención, dentro de sus específicas diferencias y realidades.

4.3 Revisten importancia la competencia técnica y la calidad humana

Al nivel de estudios universitarios no se enseñan en detalle ciertos aspectos de la salud de los adolescentes, y muchos profesionales de salud necesitan capacitación adicional para responder en forma más efectiva y con mayor sensibilidad a las necesidades de sus clientes /pacientes. Los aspectos en los que se requiere capacitación incluyen aptitudes en materia de comunicación (para proveer información y asesoramiento) y aptitudes clínicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de problemas de los adolescentes que en la actualidad no se tratan, como los desórdenes menstruales o el abuso físico/sexual. Se han diseñado lineamientos de evaluación y gestión (incluidos procedimientos operativos estándar) para varias condiciones que afectan a los adolescentes, que se emplean en algunos lugares (Elster, Kuznets, 1992).

Una buena relación interpersonal deberá ser una característica clave de un servicio favorable a los adolescentes. Se espera que los profesionales de la salud muestren respeto por los adolescentes, y logren interesarlos y ganarse su confianza. Algunos atributos clave pueden enseñarse (como la habilidad para escuchar) pero algunas personas se relacionan más fácilmente con los jóvenes y pueden desempeñar mejor este papel. Tradicionalmente, los servicios de salud se han concentrado en las mujeres, y la mayoría de las enfermeras son mujeres. Se ha sostenido que los hombres jóvenes se benefician cuando encuentran un profesional de salud al que pueden hacer preguntas acerca de su desarrollo o comportamiento sexual, ya que estos aspectos no pueden discutirse fácilmente con nadie más, especialmente los pares (Laak y colaboradores, 1997).

Si bien en algunos países la atención de la salud de los adolescentes constituye una especialidad, en muchos otros el especialista al que se referirá al adolescente dependerá del problema clínico de que se trate: los problemas de crecimiento pueden referirse a un endocrinólogo, los problemas reproductivos femeninos a un ginecólogo y los problemas de nutrición a un nutricionista (y a veces a un psicólogo). Esta es una de las razones de la urgente necesidad de una enseñanza más sistemática en materia de salud y desarrollo de adolescentes, tanto al nivel universitario como de postgrado. Un aspecto similar surge cuando los jóvenes son tratados en programas de enfermedades

BORRADOR OPS 2004

específicas, incluidas las enfermedades infecciosas como la tuberculosis y condiciones crónicas como el asma. Es preciso estimular estos programas para considerar si los jóvenes necesitan ser tratados en forma diferente de los niños y los adultos, y en tal caso, cómo y por qué.

La capacitación en materia de salud de adolescentes debe llevarse a cabo mediante (i) capacitación en servicio y (ii) mejorando los programas para enfermeras y médicos para su capacitación anterior al servicio. Todos los trabajadores de salud deben tener una comprensión básica de la salud de los adolescentes, aunque ello no constituye la única condición para trabajar eficazmente con los jóvenes. Es preciso considerar cuidadosamente la selección del personal, y los criterios utilizados para dicha selección, así como los mecanismos destinados a proveer apoyo constante al personal que ha sido capacitado y trabaja con jóvenes. En cuanto a los recursos necesarios para la atención de los adolescentes, es importante preparar y capacitar grupos interdisciplinarios dispuestos a trabajar con los jóvenes, y dispuestos a especializarse y mejorar su atención. Ello requiere la capacidad para trabajar en equipo y la aptitud para forjar vigorosas relaciones con otros grupos interdisciplinarios. La formación y la capacitación del personal de salud reviste tanta importancia como la supervisión en el trabajo. A continuación se indican algunos de los aspectos que requieren especial atención:

- *Limitaciones presupuestarias*
- *Falta de recursos humanos capacitados en atención integrada de adolescentes*
- *Falta de estructuras claramente diferenciadas por niveles de atención*
- *Baja prioridad de una atención diferenciada para poblaciones de adolescentes*
- *Debilidad de los mecanismos de devolución a partir del nivel terciario*
- *Programas de escuelas de medicina que no enseñan un punto de vista diferenciado para los jóvenes*
- *Estigmatización y prejuicio en contra de los jóvenes entre los profesionales de la salud.*

4.4 Debe contarse con métodos y herramientas de garantía de la calidad

Las dimensiones de la calidad, que se consideran importantes para todos los servicios, son la *competencia técnica*, *el acceso al servicio*, *la eficacia*, *las relaciones interpersonales*, *la eficiencia*, *la continuidad*, *la seguridad* y *las comodidades* (Brown y colaboradores, 1998). Se considera importante concentrarse no sólo en las calidades requeridas, sino también en los procesos que generan —y mantienen— un mejoramiento en los servicios reproductivos (Blake y colaboradores, 1999). En relación con los servicios de salud reproductiva amigables para los adolescentes, se consideran importantes dos dimensiones: el *acceso* (determinar si una persona interesada “llega a la puerta” de una instalación de salud) y la *calidad del servicio* (el atractivo y los beneficios

BORRADOR OPS 2004

que el cliente recibe una vez que “atraviesa la puerta”) (FOCUS, 2000). La formulación de normas constituye un aspecto operativo crítico en la garantía de la calidad. En general, una norma representa un nivel deseado de atención de la salud; la fijación de normas debe realizarse en relación con cada una de las dimensiones de la calidad antes señaladas (competencia técnica, etc.). En varios países existen programas de acreditación, que aplican un enfoque triple: en primer lugar, la definición de normas; en segundo lugar, la evaluación de si los servicios satisfacen las normas establecidas, y por último, la acreditación de quienes cumplen las normas establecidas, ayudando a quienes no las cumplen a adoptar medidas correctivas/mejoras.

Todas las dimensiones de la calidad señaladas se aplican a los jóvenes y a otros segmentos de la población. Ciertamente, una instalación de salud que provee servicios amigables para los jóvenes deberá incluir varios de los elementos *generales* de calidad y además, debería estar en condiciones de incluir varios otros elementos de calidad que se *aplican particularmente* a los jóvenes (como, por ejemplo, en relación con la competencia técnica, si los trabajadores de salud poseen conocimientos sobre aspectos específicos de la provisión de anticonceptivos a los jóvenes; en relación con la accesibilidad, si los jóvenes de ambos sexos, en una determinada zona están conscientes de la existencia del servicio y lo han utilizado si lo necesitan). A medida que se aclaran los elementos de un servicio favorable a los adolescentes, sería útil respaldar los esfuerzos por formular normas para tales servicios, así como procedimientos operativos para evaluar y mejorar la calidad de la provisión de conjuntos de servicios.

4.5 Es preciso evaluar los servicios para mejorarlos

La oportuna evaluación de los servicios de calidad constituye un elemento crítico para su mejoramiento. La evaluación no tiene por finalidad auditar los servicios provistos o evaluar el desempeño individual de los proveedores, sino constituye una herramienta para la toma de decisiones y tiene por objeto examinar los resultados obtenidos con fines de retroalimentación.

Existen dos tipos básicos de evaluación: *la vigilancia y la evaluación del proceso y la evaluación del impacto y los resultados*. La vigilancia es la supervisión de las actividades que lleva a cabo el servicio a través de verificaciones regulares y continuas. Muestra si las actividades se llevan a cabo en la forma prevista y el grado de utilización del servicio por parte de la población adolescente.

La *evaluación del proceso* debe llevarse a cabo junto con la vigilancia a medida que recopila información sobre la forma en que están llevándose a cabo las actividades. Se utiliza para medir la calidad y evaluar la cobertura o el grado de utilización del servicio.

BORRADOR OPS 2004

La *evaluación del impacto* determina en qué medida los cambios observados en los resultados se deben a las actividades que se llevan a cabo. Con frecuencia esta evaluación se realiza en períodos prolongados y puede identificar cambios en la salud sexual, por ejemplo en la tasa de transmisión de ETS.

En general, los servicios de salud pueden evaluarse en una forma tradicional o sistémica. La calidad de los servicios de salud para adolescentes deben evaluarse de manera congruente con la forma en que se proveen, es decir, evaluando los atributos pertinentes de cada uno de sus componentes; el modelo de atención de la salud, el modelo de organización del servicio y el modelo de administración del servicio.

El modelo de atención de la salud representa la interacción entre la población adolescente, sus familias y comunidades, y los servicios de salud. Representa el grado de suficiencia entre la oferta y la demanda de servicios de salud y sus atributos o características que se aplican a todos los niveles, especialmente al nivel de atención primaria.

Aspectos clave para la evaluación del modelo de atención

<i>Principales atributos</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Orientación del servicio	Énfasis en la prevención y la promoción en vez del tratamiento
Gama de servicios ofrecidos	Diferenciación (por grupos de edades y género, generales o específicos)
Tipo de servicios ofrecidos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contenido (pertinencia, integralidad, basado en la atención primaria, proporción de servicios ambulatorios) ▪ Aceptabilidad (étnica y culturalmente apropiados)

La organización de los servicios es la forma en que éstos se proveen para que sus diversos elementos contribuyan al cumplimiento del objetivo general.

Aspectos clave para la evaluación de la organización del servicio

<i>Principales atributos</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Recursos humanos	Personal asignado a tiempo completo o parcial a los servicios de salud para adolescentes (número, género, capacitación, especialidad)
Capacitación en salud de adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contenido (autocuidado, promoción y prevención) ▪ Objetivo (proveedores del servicio, adolescentes, comunidad, familia, escuelas)
Trabajo en equipo (multidisciplinario y redes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentración y aplicación (familia, comunidad, en servicio, por nivel de

BORRADOR OPS 2004

	complejidad, servicios integrados) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos de referencia y contrarreferencia ▪ Grado de coordinación (entre programas, unidades, y con la comunidad)
Enfoque multisectorial	Vínculos operativos con otros sectores
Ambiente	Favorable a los jóvenes, tratamiento de usuarios, estado de los servicios
Acceso y alcance	Barreras al acceso (étnicas, culturales, geográficas, físicas, financieras, horas de trabajo, de género, por grupos de edades)

La administración de los servicios de salud se refiere a la forma en que los servicios se proveen, la forma en que se movilizan y asignan los recursos con el fin de cumplir los objetivos de salud.

Aspectos clave para la evaluación de la administración del servicio

<i>Principales atributos</i>	<i>Criterios de evaluación</i>
Responsabilidad frente a los usuarios y su comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos de responsabilización ▪ Participación de los jóvenes ▪ Control social (por la familia, comunidad)
Libertad de acción para las decisiones que afectan la provisión del servicio	Independencia o autonomía en la toma de decisiones
Respuesta a las idiosincrasias locales y de los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidad de resolución ▪ Satisfacción de los usuarios
Grado de actividad o pasividad de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientados a metas, centrados en los resultados ▪ Evaluación del desempeño ▪ Uso de la vigilancia y la evaluación

La utilización de diferentes métodos de evaluación puede contribuir notablemente a la calidad de los resultados obtenidos. La experiencia mundial y regional muestra que los siguientes métodos producen los mejores resultados cuando se aplican a aspectos específicos:

Prácticas óptimas en el uso de métodos e instrumentos de evaluación

<i>Cuantitativas</i>	<i>Cualitativas</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Focalización de la atención ▪ Contenido de la atención ▪ Existencia de servicios diferenciados ▪ Personal dedicado (número) ▪ Contenido y meta de la capacitación ▪ Trabajo en equipo (referencias) ▪ Demanda y utilización del servicio (cantidad) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfoque y grado de aceptabilidad ▪ Ambiente (Servicios amigables para los jóvenes) ▪ Efectividad ▪ Barreras al acceso ▪ Control social ▪ Capacidad de resolución (impacto) ▪ Participación de los jóvenes ▪ Focalización de la administración

BORRADOR OPS 2004

4.6 Resulta fundamental la participación y las contribuciones de los adolescentes

Los jóvenes pueden realizar una eficaz contribución a la provisión de los servicios participando en diversas actividades. Por ejemplo, dando la bienvenida a otros jóvenes a los servicios, actuando como miembros de grupos de apoyo, colaborando en el diseño y la decoración de los servicios, promoviendo los diversos servicios ofrecidos, actuando como puntos focales en sus comunidades, etc. El desarrollo de redes para jóvenes puede resultar beneficioso, y después de un período inicial de capacitación los jóvenes pueden convertirse en eficaces agentes del cambio en sus comunidades. También pueden contribuir a la evaluación de los servicios y como recopiladores de retroalimentación para sí mismos y para la experiencia de sus pares con el servicio. La activa participación de los adolescentes en la provisión integrada de servicios de salud puede enriquecerlos y estimular una participación fundamentada y el pleno ejercicio de sus derechos cívicos.

Es preciso tener en cuenta varios factores para promover la activa participación de los adolescentes, particularmente en lo que respecta al desarrollo de las condiciones necesarias para impedir su frustración y decepción. En primer lugar, es preciso reconocer que existen diferentes grupos, cada uno distinto del otro, con particulares necesidades, y que a veces esos grupos se subdividen en grupos más pequeños. El objetivo de los servicios no es solamente incorporar a los jóvenes a los programas, sino empoderarlos, lograr que su participación resulte atractiva, procurar un cambio significativo en el comportamiento en materia de salud personal, no sólo de ellos mismos, sino de sus amigos y de la comunidad en general.

La participación implica como primera medida la pronta identificación de las organizaciones y redes existentes de adolescentes y sus líderes, y su efectiva movilización en apoyo de sus intereses mutuos; valorar el servicio voluntario, aunque a veces es necesario algún apoyo financiero. La participación sostenida de los jóvenes en estas iniciativas constituye un importante desafío, requiere diseñar un sistema para incorporarlos, en el que pueda aprovecharse su energía y su creatividad para bosquejar ideas y sugerencias, mediando los proveedores de salud como parte de esa participación. También es preciso capacitar a los trabajadores de salud en el trabajo en grupos, con criterios y lineamientos claros en cuanto a su participación y sus metas. Debe evitarse a toda costa descontar las expectativas de los adolescentes. Ello constituirá la base de una discusión abierta y la asunción de responsabilidades por parte de cada participante. Resultaría útil realizar asimismo una evaluación ex post del proceso y de los productos de esta participación.

BORRADOR OPS 2004**5. ¿Qué puede esperarse en el futuro?****5.1 La existencia de servicios amigables para los adolescentes no asegura por sí sola la utilización de los servicios**

Se han realizado numerosos estudios piloto a corto plazo, pero las evaluaciones no han sido lo suficientemente rigurosas para determinar los componentes que hacen que un servicio resulte más o menos accesible a los jóvenes (Senderowitz, 2000). Lo que surge de esos estudios piloto es que los diferentes modelos de servicio atraen a diferentes poblaciones de jóvenes (Townsend y colaboradores, 1987). La edad, el género y las circunstancias personales han demostrado ser tres importantes factores que afectan la utilización. Los servicios de salud reproductiva —ya sea que se ofrezcan en centros específicos para jóvenes o en servicios de salud pública— atraen en su mayoría a clientes femeninos. En Suecia, donde existen centros para jóvenes en todo el país, una actitud liberal y pocas barreras legales a la provisión de los servicios, la mayoría de los pacientes que asisten a los centros juveniles administrados por los consejos municipales son mujeres (Asp, 2001). La proporción de hombres que asisten se ha incrementado del 4% en 1996 al 15% en 2000, y la principal razón de la asistencia es el examen de clamidia. En la mayoría de los países, los hombres acuden a los servicios de salud para obtener preservativos o tratamiento de ETS. Las ONG que tienen clínicas especializadas en salud reproductiva muestran la misma experiencia. Profamilia, afiliada a IPPF en Colombia, ha experimentado un constante incremento en el uso de los servicios de su instalación de salud, pero más del 70% de los clientes son mujeres solteras de 17 a 19 años de edad (Senderowitz, 2000). Una reciente variación en el estilo de provisión ha sido el establecimiento de rincones de salud para adolescentes (como en Lesotho y Tailandia) que son espacios reservados a la atención de jóvenes dentro de los servicios de salud. Todavía no está claro si asistirá un gran número de hombres jóvenes a estos servicios.

Se han probado numerosos lugares y enfoques para proveer servicios de salud a los jóvenes, como

- **Servicios de salud** especializados en salud de adolescentes y vinculados a escuelas de medicina. Con frecuencia actúan como centros de referencia, y también llevan a cabo programas de investigación y capacitación.
- **Servicios de salud de base comunitaria** que procuran proveer servicios preventivos y curativos a los jóvenes, en el contexto de la provisión de servicios de salud a la comunidad en general. Puede tratarse de unidades independientes (casi siempre operadas por ONG) o como parte de un sistema de salud distrital o municipal (generalmente operadas por el gobierno).
- **Centros comunitarios** que no son servicios de salud que proveen a los jóvenes algunos o todos los servicios que necesitan. Los servicios de salud pueden constituir sólo uno de los servicios provistos por estas organizaciones

BORRADOR OPS 2004

(los servicios que no son de salud pueden incluir servicios de capacitación vocacional y recreación). Estos centros están generalmente operados por ONG y tienden a estar vinculados con servicios de salud cercanos.

- **Organizaciones** involucradas principalmente en tareas de extensión relacionadas con la provisión de información/educación, que proveen una gama limitada de servicios de salud pero que también proporcionan y facilitan la referencia a servicios de salud de la vecindad (OMS, 1997b; OMS, 1999).

En algunos países, los servicios de salud reproductiva están integrados con actividades recreativas y vocacionales, y/o bibliotecas en centros juveniles independientes. En estos centros se invierte los porcentajes de asistencia por sexos. Una evaluación del Population Council (1998) en Kenya, Zimbabwe y Ghana encontró que esos centros pasaron a estar dominados por hombres jóvenes que asistían para actividades recreativas, que la edad promedio de los clientes era de más de 20 años, y que una baja proporción de clientes de ambos sexos asistían por los servicios de salud reproductiva. Estas comprobaciones han sido confirmadas en otros lugares y sugieren que los centros juveniles especializados son costosos de mantener, dependen en gran medida de fuentes externas de fondos y parecen tener un limitado potencial para mejorar la salud reproductiva. Es importante definir quién se espera que utilice un servicio y por qué, y luego decidir qué modelo (o combinación de modelos) logrará ese objetivo. Muchas organizaciones internacionales respaldan una concentración en las niñas/mujeres jóvenes en materia de salud reproductiva, ya que éstas sufren más que los hombres jóvenes las consecuencias inmediatas de un comportamiento sexual no deseado o no seguro. Sin embargo, se reconoce cada vez más que las normas sexuales no cambiarán si los hombres jóvenes siguen manteniéndose tan marginales como ahora a estos programas. En la actualidad, se llega principalmente a los hombres jóvenes a través de:

- **ONG** que trabajan con subgrupos difíciles de alcanzar, como los niños y los jóvenes de la calle (es decir, aquéllos que ya están alienados del sistema (OMS, 2000d)).
- **Programas de ITS/VIH** focalizados en los jóvenes en situación de alto riesgo, como reclutas de las fuerzas armadas, conductores de camiones y jóvenes detenidos por la policía, es decir, aquéllos que se ven sometidos a fuerte presión de sus pares por mostrar un comportamiento “masculino apropiado”.
- **Programas comunitarios de distribución de preservativos**, a través de encuentros (aleatorios) en la calle.
- **El sector privado**, incluidos médicos, farmacéuticos y vendedores privados, por ejemplo, a través de servicios que en muchos países son difíciles de regular y pueden no proporcionar asesoramiento o tratamiento correctos. En base a las evidencias actuales, resulta difícil saber la forma de proveer una gama más amplia de servicios de salud de mejor calidad a los hombres jóvenes.

BORRADOR OPS 2004

5.2 Existen aspectos prácticos sin soluciones únicas o simples

Todavía existen muchos aspectos prácticos que no tienen soluciones únicas o simples, y corresponden a tres principales categorías:

- **Restricciones a la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva a jóvenes solteros.** En muchos países no se considera aceptable proveer dichos servicios a jóvenes solteros. Ello es así aunque existen evidencias que sugieren la existencia de actividad sexual antes del matrimonio y son obvias las desastrosas consecuencias de una actividad sexual demasiado temprana y sin protección (como los abortos no seguros).
- **Equilibrio entre los derechos de los jóvenes y los de los padres/custodios.** En muchos lugares, los aspectos relacionados con la notificación y el consentimiento de los padres de manera ética y dentro del marco jurídico y de política vigente representa un desafío. Un aspecto relacionado es el equilibrio entre la confidencialidad y la necesidad de compartir información sobre un paciente/cliente con otros proveedores de servicios (y con los padres/custodios).
- **Desafíos operativos que supone pasar de la situación actual a la situación en la que debemos estar.** Algunos de estos aspectos son (i) incorporar las políticas y prácticas de los servicios para adolescentes en programas verticales (como programas nacionales de ETS) y en sistemas horizontales (como una cadena de clínicas y un hospital distrital); (ii) los desafíos y oportunidades que supone el cambiante papel de los gobiernos, de ser el único/principal proveedor de servicios al de órgano regulador y de formulación de políticas, y quizá de coordinador, y (iii) el aprovechamiento de la energía y la experiencia del sector comercial y de beneficencia.

5.3 El futuro depara nuevos y muy diferentes desafíos

5.3.1 Las dimensiones de género del consumo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol

Durante le última década, el consumo de alcohol se ha convertido en una creciente preocupación entre los responsables de la formulación de políticas de salud pública y los organismos internacionales de desarrollo. El alcohol constituye una de las principales causas mundiales de enfermedad, cuyas consecuencias recaen principalmente sobre los hombres. En los países en desarrollo, el alcohol representa la cuarta causa de enfermedades entre los hombres. Además de contribuir a enfermedades y lesiones, el exceso de alcohol afecta la salud al conducir a comportamientos riesgosos, entre ellos las prácticas sexuales no seguras y la violencia. El consumo de alcohol constituye un problema particularmente serio en la región de América Latina y el Caribe. La región muestra el porcentaje más alto del mundo de muertes atribuidas al

BORRADOR OPS 2004

alcohol: 4,5% en comparación con el 1,3% en las regiones desarrolladas y el 1,6% en las regiones en desarrollo¹⁹.

Según un estudio del Banco Mundial, el consumo y el abuso de alcohol se vinculan a los papeles y las expectativas de los hombres y mujeres en la sociedad. Los hombres muestran una probabilidad que las mujeres de beber en exceso, y una menor probabilidad de abstenerse de consumir alcohol. Además, las normas en materia de bebida se aplican en forma diferencial, y ello resulta más evidente de acuerdo con el género. El estudio encontró que las políticas sobre consumo de alcohol en la región se concentran abrumadoramente en el control y la disponibilidad y el acceso al alcohol, mientras que la implementación y la aplicación, sin embargo, siguen siendo superficiales. El estudio contiene varias recomendaciones que incluyen mecanismos de prevención y reducción de lesiones que se relacionan con los jóvenes y que recomiendan concentrarse en la modificación de las normas socioculturales en materia de género y bebida, incluidas aquéllas que promueven el comportamiento de alto riesgo entre los hombres. La acción deberá focalizarse en los mecanismos de socialización de hombres y mujeres en materia de bebida, incluidos los medios de comunicación. El estudio pone de relieve la importancia que revisten las políticas y los programas que consideran las diferencias de género en los patrones de consumo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol.

1.1.2 Posibles implicaciones en materia de ciencia y tecnología

La creciente brecha que existe entre los usuarios y no usuarios de Internet aliena a quienes podrían beneficiarse más de las comunicaciones sobre salud pública. La identificación y la gestión de riesgos bioéticos en la ciencia y la tecnología, así como la regulación de los productos medicinales, deben convertirse en pilares críticos de la búsqueda de equidad en materia de salud. Por otra parte, las tendencias en ciencia y tecnología ofrecen oportunidades para su aplicación en la salud y la medicina, particularmente para la identificación y desarrollo de tecnologías que promueven la equidad, y para prever y administrar problemas de salud²⁰.

1.1.3 Es preciso expresar claramente y difundir los derechos de los adolescentes

En la mayoría de los países de la región no existe legislación específica para los jóvenes. Incluso cuando cuentan con esa legislación, los servicios, los proveedores de servicios de salud y los propios jóvenes no están conscientes de ello. Es preciso educar a los proveedores de servicios de salud en cuanto a los derechos de los jóvenes, y éstos deben estar conscientes de sus derechos.

¹⁹ Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems in LAC.

²⁰ Plan estratégico 2003-2007.

Glosario

Orientado a la comunidad. En el contexto de la vida en la comunidad local, con conciencia de sus necesidades de salud, y en colaboración con otros sectores para iniciar cambios positivos en materia de salud (OMS, 1994).

Orientado a la familia. Abordar los problemas de salud de las personas en el contexto de sus circunstancias familiares, sus redes sociales y culturales y las circunstancias en las que viven y trabajan (OMS, 1998).

Apropiado. Las intervenciones deben ser apropiadas, efectivas, y basadas en sólidas evidencias cuando sea posible. Una intervención, cuando no es requerida, puede resultar perjudicial, y desperdiciar valiosos recursos de atención de la salud (WONCA, 2002).

Promover el autocuidado. Teniendo en cuenta la forma en que las personas perciben su propia salud y la medida en que están satisfechas con ella (Starsfield, 1998).

Centrado en las personas. Adaptado, sensible y que responde a las necesidades, demandas, expectativas, creencias y cultura de los usuarios. El punto de partida del proceso es el paciente, no una patología o “casos” impersonales; el denominador común es la persona, con sus creencias, temores, expectativas y necesidades (WONCA, 2002).

Integrado. Atención que incorpora promoción de la salud, prevención de enfermedades, que cura, rehabilita y respalda a las personas desde una perspectiva física, psicológica y social. Se relaciona con la interacción entre las afecciones y las enfermedades, y combina aspectos humanísticos y éticos de la relación entre médicos y pacientes con las decisiones clínicas (OMS, 1998).

Orientado a la promoción y la prevención. Promoción de la salud y el bienestar apropiadamente estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades (WONCA, 2002). Atención concentrada en las personas en vez de las enfermedades (Starsfield, 1998).

Coordinado. Que trata muchos de los problemas de salud presentados por las personas en su primer contacto con el médico, asegura una apropiada y oportuna referencia a servicios especializados o a otro profesional de salud, aconseja al paciente sobre todos los aspectos relacionados con la salud (OMS, 1998).

Longitudinal. Que abarca la atención de la salud de las personas en períodos sustanciales de la vida y no se limita a un determinado episodio de enfermedad (OMS, 1998). Que asegura la continuidad de la atención siguiendo a los pacientes a lo largo de su vida (WONCA, 2002).

BORRADOR OPS 2004**Referencias**

Adolescent Friendly Health Services, *An Impact Model to Evaluate Their Effectiveness and cost*, documento preparado para la OMS, noviembre de 2002.

Adolescent Friendly Health Services, *Making it Happen*, preparado para la Organización Mundial de la Salud por Siobhan Peattie, Save the Children UK, borrador para discusión y revisión de campo, octubre de 2002.

Adolescent Medicine, Integrating Comprehensive Adolescent Preventive Services into Routine Medicine Care: Rationale and Approaches, *Pediatric Clinics of North America*, volumen 44, número 6, diciembre de 1997.

Banco Mundial, *Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems in Latin America and the Caribbean*, World Bank Discussion Paper No. 433.

Banco Mundial, *Youth-at-Risk in Nicaragua Policy Note*, Banco Mundial (borrador, junio de 2002).

Banco Mundial, *Indicadores del Desarrollo Mundial*, 2002.

Centro de Estudios de Población (CENEP), *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva*, Buenos Aires, Argentina, abril de 2000.

Consulta Mundial sobre Servicios de Salud Amigables para los Adolescentes, Ginebra, 7-9 de marzo de 2001, *A brief report, and a presentation of consensus statements, the basis of these statements, and their implications for research and action*, Departamento de Salud y Desarrollo de Niños y Adolescentes, OMS, abril de 2002.

Consulta Mundial sobre Servicios de Salud Amigables para los Adolescentes, Ginebra, 7-9 de marzo de 2001, *Working Paper: What Do We Understand as an Adolescent Friendly Service? A presentation of assumptions, evidence and implications*, Departamento de Salud y Desarrollo de Niños y Adolescentes, OMS, febrero de 2001.

Consulta técnica regional, *Sobre servicios integrales de salud para adolescentes*, San José, Costa Rica, octubre de 2000.

Declaración de Sevilla, *I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar*, Comprometidos con la salud de la población.

López-Acuña, D. y colaboradores, *Reorienting Health Systems and Services with Health Promotion Criteria: A Critical Component of Health Sector Reforms*,

BORRADOR OPS 2004

Quinta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, Ciudad de México, México, 5-9 de junio de 2000.

OMS, *Framework for Professional and Administrative Development of General Practice-Family Medicine in Europe*, Oficina Regional para Europa.

OMS, Informe sobre la Salud Mundial 2000, *Health Systems: Improving Performance*.

OMS, *Towards Unity for Health: Challenges and Opportunities for Partnership in Health Development*.

OPS, *Health in the Americas*, volumen I, 2002.

OPS/OMS, Plan Estratégico 2003-2007 para la Oficina Sanitaria Panamericana, 2002.

Population Reference Bureau, *Meeting Young Women's Reproductive and Sexual Health Needs*, Measure Communication, mayo de 2000.

Quinta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, *Reorienting Health Systems and Services with Health Promotion Criteria: A Critical Component of Health Sector Reforms*, Ciudad de México, México, 5-9 de junio de 2000.

Shortell, Stephen M., Kaluzny, Arnold D., *Essentials of Health Care Management*, 4a. edición.

Starfield, Barbara, *Primary Care; Balancing Health Needs, Services and Technology*.

Tufts Managed Care Institute, *Topic of the Month*, noviembre de 2000.

WONCA, *The European Definition of General Practice/Family Medicine*, WONCA Europe, 2002.