

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume 139

Número
Number 4

Julio-Agosto
July-August 2003

Artículo:

Enfrentando el reto...

Hacia un Programa Nacional de
Atención a la Salud de la Adolescencia
en México 2001-2006

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com

Enfrentando el reto... Hacia un Programa Nacional de Atención a la Salud de la Adolescencia en México 2001-2006

José Ignacio Santos-Preciado,* Juan Pablo Villa-Barragán,* Martha Angélica García-Avilés,* Graciela León-Álvarez,* Lidia Nicolás-Aviña,* Miguel Ángel Nakamura-López,* Miriam Veras-Godoy,* Roberto Tapia-Conyer**

Recepción 7 de marzo de 2003; aceptación 19 de marzo de 2003

Resumen

Objetivo: comunicar el proceso de diseño y elaboración del Programa Nacional de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA). *Material y métodos:* para el diseño del Programa Nacional de Atención a la Salud de la Adolescencia se definieron las acciones esenciales mediante una concertación con instituciones que dedican, parcial o totalmente, sus esfuerzos a la atención de este grupo de población. Se concentró la experiencia de 37 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y se desarrolló un análisis estratégico de la capacidad instalada en ellas y la posibilidad de interacción para evitar duplicidad y tener la oportunidad de desarrollar acciones conjuntas con un enfoque de promoción de la resiliencia. Para la definición de las acciones, se realizó una reunión de trabajo con 190 responsables de programas de infancia y adolescencia donde fueron discutidos los alcances de un programa nacional para este grupo blanco en México. *Resultados:* como resultado de la síntesis de la experiencia en planeación estratégica de proyectos involucrando a 35 instituciones gubernamentales y no gubernamentales, se define una serie de pasos y contenidos que permitieron el diseño de modelo de atención a la salud de los adolescentes y las acciones esenciales para este grupo de población. *Conclusiones:* en este documento se explica el consenso con el personal que atiende a población abierta por parte de la Secretaría de Salud y por personal de 37 instituciones gubernamentales y no gubernamentales de salud, educación y servicios y que tienen en conjunto bajo su responsabilidad, como población objetivo, un total de 23.5 millones de adolescentes entre los 10 y los 19 años de edad. Esta experiencia de planeación estratégica, propuesta de acciones esenciales y de concertación, ha sido citada por la OMS como una de las ocho experiencias internacionales más sólidas en materia de atención a la salud de los adolescentes.

Palabras clave: Adolescentes, acciones esenciales en salud, programa nacional, planeación estratégica, resiliencia, género, respuesta social organizada, México.

Summary

Objective: To present the process in the design, development and implementation of Mexico's National Adolescent Health Program. *Materials and Methods.* In efforts to arrive at a consensus regarding the health care priorities for Mexico's adolescent population, 37 public and private institutions dedicated to adolescent health care and social issues were invited to participate in a strategic analysis regarding a joint action plan for health promotion in adolescents with special emphasis on resilience as protective factor. The definition of the action plan involved the participation of 190 health professionals responsible for child and adolescent health programs in the discussion and drafting of the National Health Program. *Results:* The steps and issues discussed by the 37 participating institutions leading to the development of the National Health Plan are reviewed. *Conclusions:* The product of this exercise led to the elaboration of a consensus document that served as the framework for Mexico's National Adolescent Health Plan and that now serves 23.5 million adolescents between 10 and 19 years of age. This action plan was been reviewed by the World Health Organization, which cited Mexico as one of the eight model countries addressing adolescent health.

Key words: Adolescents, adolescent health, National Action Plan, strategic planning, resilience, gender, Mexico.

*Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSA). Secretaría de Salud. **Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. México, D. F.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. José Ignacio Santos Preciado. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, Secretaría de Salud, México. Domicilio: Francisco P. Miranda No 177. Col. Merced Gómez. C. P. 06100, México, D. F. Teléfono 5593 1122. Dirección electrónica: jisantos@supernet.com.mx

Introducción

Para implementar el programa de atención a la salud de los adolescentes en México fue necesario diseñar un marco conceptual para definir los términos que sirvieran como eje conductor del modelo de atención a la salud. Además, se identificó el trabajo desarrollado en el país, en las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales, respecto a la atención a este grupo poblacional. Se encontró una división natural entre las acciones de salud, las acciones en educación y los servicios que presta el gobierno con un enfoque municipal.

Material y métodos

Con apoyo en los modelos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)¹ se construyó un esquema de planeación basado en el marco lógico,² en la primera fase se realizaron dos actividades estratégicas para la definición del Programa Nacional: a) identificación de instituciones nacionales e internacionales cuyo eje de trabajo son los adolescentes; y b) determinar la información y propuesta de trabajo de los responsables estatales del Programa de Atención para la Salud de la Infancia y Adolescencia. En la segunda fase se desarrolló una metodología que permitiera enlazar las dos actividades antes mencionadas.

Primera fase

La primera actividad fue la identificación de las instituciones que trabajan por los adolescentes, fundamentalmente en el Valle de México, y conocer sus fortalezas y debilidades para el cumplimiento de esta misión; los servicios que ofrecen, sus necesidades, sus posibilidades de colaboración para el mejor desempeño de nuevos proyectos en común con otras instituciones. El trabajo con los responsables estatales de salud a población abierta de la Secretaría de Salud, permitió conocer en qué grado dominan los conceptos sobre adolescencia y los ejes de atención a la salud propuestos para el desarrollo del trabajo, así como las dificultades que tienen para integrar el programa.

Con estos resultados se estableció una metodología para enlazarlas, teniendo en cuenta las situaciones de poder, recursos y liderazgo interno. Para las instituciones en general, fue necesario un abordaje basado en proyectos de trabajo, que definiera la temática de acción, el diseño de coordinaciones, los convenios de colaboración y la posibilidad de encauzar los financiamientos hacia aquellas instituciones con mayores necesidades de desarrollo.³⁻⁵

Con el personal responsable de programas de infancia y adolescencia de las entidades federativas, se propuso establecer un programa de acción basado en la concertación con las dependencias más afines. Siguiendo el ejemplo nacional, se diseñó un modelo de capacitación basado en el análisis de necesidades y en la oferta de las instituciones, en el que lo más importante fueron las acciones esenciales en salud para los adolescentes.^{6,7}

Para iniciar la planeación de las actividades de y para los adolescentes, fue necesario pensar en un enfoque nacional considerando la existencia de un número indefinido de organizaciones que trabajan con adolescentes y tomar, como principio básico, la concertación de la Respuesta Social Organizada^{8,9} para la construcción y diseño de las acciones de acuerdo con los siguientes pasos:

Consulta ciudadana. El programa de adolescentes arrancó con la consulta ciudadana que recabó información de 143 foros, con un total de 3456 ponencias y alrededor de 15 mil asistentes. Las ponencias relacionadas que correspondían a adolescentes se consideraron para la construcción del modelo general del Programa de Atención para la Salud de la Adolescencia (PASA).¹⁰

Censo de instituciones. Otra actividad realizada para la construcción del PASA fue el censo de instituciones que se dedican a la atención de adolescentes. De 185 instituciones y dependencias gubernamentales y no gubernamentales, visitamos 43 para conocer las actividades que desarrollan, los materiales con los que cuentan y los problemas y necesidades que enfrentan para cumplir con sus objetivos de trabajo.

Teniendo en cuenta el interés de cada organización por el cumplimiento de sus objetivos, se buscaron puntos de convergencia, continuidad y desarrollo de los prestadores de servicios y de sus usuarios en los ámbitos de salud, educación y comunitarios así, se realizó la reunión interinstitucional con el objetivo de analizar las debilidades y las fortalezas de cada dependencia para la atención de sus usuarios. También se identificaron los productos de trabajo que pudieran ofrecerse a otras dependencias; las demandas, independientemente de su capacidad para el cumplimiento de los objetivos en cada una y los proyectos estratégicos de trabajo que pudieran compartir con otras. Se convocó a 67 dependencias, las que fueron visitadas y entrevistadas y otras que fueron invitadas en tercería. Acudieron un total de 37 y se formaron seis mesas de trabajo para tener homogeneidad en el análisis estratégico.

Se realizó una mesa redonda entre instituciones de diferente naturaleza con la intención de homologar el marco conceptual de la reunión, se repartieron documentos de apoyo con dos ejes temáticos: género y resiliencia. Se explicó el llenado de un formato de planeación

estratégica y de marco lógico para el análisis organizacional de cada mesa. A partir de las 480 propuestas generadas se realizó el resumen que se detalla a continuación utilizando el paquete de análisis cualitativo Atlas Ti.¹¹

Marco político. Otra actividad fue el desarrollo de un mapa político, con base en el modelo de la OPS/OMS.^{3,4,8} Se concentraron los datos de cada institución para conocer los niveles de apoyo y de oposición a la ejecución de las actividades del programa.

Para unificar la opinión de las organizaciones antes mencionadas, se realizó una reunión de trabajo para analizar la respuesta social organizada en México, de las acciones esenciales de salud de los adolescentes. Las instituciones se dividieron en mesas de trabajo con temas comunes y las conclusiones de la reunión se utilizaron para definir los proyectos estratégicos a desarrollar de manera coordinada.⁵

Reunión Nacional. En el marco de la segunda Reunión Nacional de Responsables Estatales del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia en el año 2001, en Guadalajara, Jalisco, y con la finalidad de concluir el proceso de planeación, se efectuó un taller sobre las acciones esenciales para la salud de los adolescentes. El objetivo del taller fue discutir las acciones recomendadas por los responsables del Programa Nacional de la Infancia y la Adolescencia de tal manera que se diseñaran las intervenciones esenciales en la adolescencia, bajo las dimensiones básicas de los sistemas de salud, para la construcción de la primera propuesta del PASA.

Se establecieron mesas de trabajo en torno a los lineamientos del Programa Nacional de Salud y la forma en que serían operados en las 32 entidades federativas con la participación de 240 integrantes estatales de los programas.

Segunda fase

Se identificó el marco conceptual común para la implementación del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia, tomando en cuenta los modelos descritos por Frenk y colaboradores^{6,7} que sugieren el análisis de los problemas de salud en la población desde tres aspectos:

- Biológicos para la atención inmediata de los problemas y la prevención de enfermedades endémicas y amenazantes en la población.
- De riesgo para el ataque de factores predisponentes de las enfermedades antes de que ocurra la enfermedad.
- Económicos donde el principio fundamental es el ciclo económico de la enfermedad que fue descrito inicialmente por Horwicz a mediados del siglo pasado, como una justificación de la acción de los programas preventivos por un lado y el incremento de la inversión sanitaria, por el otro. En la actualidad, el concepto económico en el Programa Nacional de Salud mexicano, va más allá, incluye a la Protección Financiera como uno de los objetivos fundamentales en el período 2001-2006.

Bajo estas tres vertientes se hipotetizó que la problemática de la adolescencia en México debe ser cubierta inicialmente con los servicios de salud instalados que desarrollarán acciones sustantivas del Paquete Básico de Servicios de Salud, con base en la experiencia de la atención integral del menor de cinco años como lo propone la OPS/OMS.^{1,12} Un siguiente planteamiento fue la atención de los factores de riesgo enfocándolos a la promoción de la salud con el propósito de invertir el paradigma de la atención del riesgo hacia el de fortaleza y desafío.^{13,14}

Este nuevo enfoque se combina con la inversión social para incrementar el capital humano en México e incorpora los principios económicos de la salud al pretender el incremento del gasto y el uso de los servicios gubernamentales disponibles para los adolescentes.¹⁵⁻¹⁷

Se debe destacar la invisibilidad social de grupos que por su construcción histórica padecen no solamente la lucha de clases sociales e inequidad sino que son depositarios de riesgos y daños a la salud para los que el programa presenta una alternativa de atención en dos poblaciones: adolescentes escolarizados y adolescentes no escolarizados.¹⁸⁻²⁰

Enfoque de resiliencia

La resiliencia es un término de física mecánica y se define como la capacidad de un sólido para recuperar su forma y tamaño originales cuando cesa el sistema de fuerzas causantes de la deformación. Este aspecto, llevado a la sociología y a la salud, queda definido con la célebre cita de Radke-Yarrow y Sherman: "Los niños son inherentemente vulnerables; sin embargo, a la vez son fuertes en su determinación a sobrevivir y crecer".^{13,14}

La resiliencia se refiere a aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo sano y positivo. El enfoque de resiliencia parte de la premisa que nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. Desde el punto de vista psicológico, las personas son resilientes cuando desarro-

llan habilidades alternas para reponerse de situaciones adversas y rebasan las circunstancias que favorecen la sicopatología; a pesar de contar con factores de riesgo para un desarrollo insano, no lo tienen.

Para el PASA no toda condición de riesgo, en sentido de la resiliencia, representa un factor predisponente y muchas veces, significa el fortalecimiento de la voluntad y la capacidad para desarrollar habilidades positivas para la vida. Aunque existe una tendencia para medir salud desde el enfoque del daño. El PASA en México tiene un planteamiento dirigido a desarrollar métodos generalizados a toda la población para la identificación y medición de condiciones de resiliencia y su fomento en los servicios de salud.

Resultados

Consulta ciudadana

La consulta ciudadana para la definición del Programa Nacional de Salud fue realizada en todas las entidades federativas, permitió el desarrollo de 143 foros con un total de 3,456 ponencias y con un total de alrededor de 15 mil asistentes.¹⁰ Por ello, la consulta ciudadana marca la pauta de seguimiento obvio para diseñar las acciones a desarrollar en Latinoamérica con un propósito social, económico y de salud que puede circunscribirse en la conservación del capital humano de hoy para el futuro, los resultados principales de la consulta ciudadana tienen relación con el programa de adolescentes por diversas causas.

Los problemas en que se engloban a los adolescentes son: salud sexual y reproductiva, enfermedades infecciosas y parasitarias, salud mental y adicciones, promoción de la salud y ayuda mutua, salud del niño y del adolescente, nutrición, acciones a migrantes y pueblos indígenas.^{21,22} El PASA tiene la confluencia de 17 programas de acción debido a que casi uno de cada cinco habitantes se encuentra en el grupo de 10 a 19 años de edad.¹⁷

Censo de instituciones que se dedican a la atención de adolescentes

Se detectaron un total de 185 instituciones en el Valle de México, que mencionaron tener programas de adolescentes entre sus actividades fundamentales. Se realizó entrevista a 43 dependencias gubernamentales y no gubernamentales, se intercambiaron materiales impresos y electrónicos, así como materiales bibliográficos y directorios de dependencias que trabajan con adolescentes, se identificaron las actividades que desarrollan, el monto de su presupuesto anual y los resultados que han tenido en el impacto a la salud. Las instituciones se clasificaron en las

siguientes categorías: entidades educativas, de investigación, servicios en general, riesgos a la salud, promoción de la salud, salud sexual y reproductiva y adicciones. De las 43 instituciones visitadas, 13 declaran dedicarse directamente a la salud sexual y reproductiva, nueve de ellas en el sector social como organizaciones no gubernamentales.

En los servicios gubernamentales existen dependencias de la Secretaría de Salud que no se encuentran en ningún otro sector y cuyo ámbito de acción es nacional, como es el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Centros de Integración Juvenil (CIJ) y Promoción de la Salud. En el manejo de accidentes y violencia solamente hay dos dependencias, el Centro Nacional de Prevención de Accidentes y la Coordinación de Mujer y Salud.

En el área de servicios de salud directos a la población, se tiene una cobertura declarada de 19 millones de adolescentes en dependencias de población abierta y otras de seguridad social. Las instituciones educativas declararon tener una cobertura de siete millones de jóvenes que son escolarizados.^{23,16}

De las instituciones visitadas, 21 de las 27 dependencias gubernamentales cuentan con un programa estratégico de actividades con adolescentes; de las nueve dependencias internacionales sólo una cuenta con un plan estratégico para adolescentes; y de las ONG's solamente dos de nueve. En el cuadro I se presentan las instituciones visitadas de acuerdo a la actividad que desarrollan.

Consenso nacional con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Como resultado de las seis mesas de trabajo con 37 instituciones se definieron las fortalezas y debilidades para el cumplimiento de los objetivos de atención integral de los adolescentes.

Fortalezas de las instituciones

Además de tener vínculos formales con el sector educativo, las instituciones cuentan con poblaciones de adolescentes bien definidas, conocen los patrones de movilidad y sus necesidades, y cuentan con información sociodemográfica para incorporar a los programas de acción.

Otras fortalezas son que en México se cuenta con campañas de promoción, información, educación y una amplia difusión de temas de población, sexualidad y reproducción, así como una gran variedad de paquetes educativos de prevención integrados en temas de salud sexual y reproductiva para diferentes niveles y actores.

También se cuenta con servicios médicos en muchos planteles de educación media (excepto CONALEP) y en ellos existen programas de desarrollo integral, educación

para la salud y prevención de adicciones para estudiantes, con temas básicos de sexualidad, adicciones y nutrición.

Otro aspecto que fortalece las acciones es la existencia de una amplia cobertura de salud, educación, participación comunitaria y promoción del autocuidado, así como medios de comunicación en áreas rurales y una amplia proporción de los recursos humanos capacitados para la atención de los adolescentes. Para reforzar lo anterior, se cuenta con organizaciones de asistencia técnica y de capacitación especializada y otras agencias con gran experiencia en la gestión de financiamientos.

En México también contamos con una sólida infraestructura en las instituciones para la investigación operativa, educativa y de salud, dichas instituciones tienen credibilidad, prestigio y reconocimiento nacional e internacional que fortalece las acciones de trabajo.

Un aspecto que permite avanzar con mayor rapidez en la implementación de acciones es que existe un gran compromiso institucional en el tema de prevención con enfoque integral, lo cual permite promover la participación ciudadana en los servicios públicos municipales, estatales y federales.

Debilidades de las instituciones

Como resultado del debate sobre las debilidades institucionales, las diferentes organizaciones opinaron que los principales problemas para la atención de los adolescentes son que el concepto de adolescente es ambiguo, "denigrado", e inespecífico. No existe un marco conceptual homogéneo, por ejemplo, se ha incluido la palabra resiliencia como un modo filosófico, en otras palabras, todo mundo sabe lo que es resiliencia, pero nadie sabe cómo medirla.

Se comentó que existe una falta de presupuesto sistemática, así como poca infraestructura en salud y una grave subutilización de los mismos en las instituciones educativas, tampoco hay programas específicos ni Norma Oficial Mexicana.²⁴ Además, las acciones no alcanzan a la población dispersa, quizá por falta de coordinación entre las instituciones y de organización de los servicios de salud para atender la demanda.

También se concluyó que hace falta un sistema de información, evaluación y seguimiento de las acciones de salud para la toma de decisiones sobre problemas que afectan el bienestar de los adolescentes.

Otras debilidades incluyeron: alta rotación de personal, falta de personal especializado, ausencia de categorías con énfasis en adolescentes y de formalización de puestos para su atención. Con relación a los recursos humanos para la salud también es necesario, actualizar y capacitar al personal. Existe carencia y desconocimiento de materiales educativos con enfoque psicopedagógico consensuado por expertos.

Desarrollo interinstitucional de proyectos estratégicos

Una vez analizada la información durante la reunión de trabajo, se plantearon las acciones necesarias para mantener a las fortalezas y vencer las debilidades. Los proyectos de trabajo se redujeron de un total de 27 propuestas de las 37 instituciones participantes, con el método de priorización de Hanlon,²⁵ a cinco propuestas globales que corresponden a las siguientes estrategias:

- Desarrollo de un modelo holístico de atención a los adolescentes que incluya todos los sectores de gobierno y las ONG's para que la atención desde el hogar, la escuela y las unidades de salud se dé en el ámbito municipal.
- Garantía de calidad en la atención a los adolescentes, en esto el primer paso es la capacitación de los padres, los maestros y el personal de salud, así como la implementación de modelos consistentes con los programas de acción.
- Sistema de información integrado a las instituciones educativas, de salud y de servicios, así como la evaluación a través de indicadores simplificados e investigación operativa.
- Desarrollo de la Norma Oficial Mexicana para el Bienestar de los Adolescentes y la generación de manuales de atención así como de políticas nacionales.
- Diseño de estrategias simplificadas de participación social, basadas en el concepto de participación ciudadana tomando como eje al ámbito municipal y como punto de partida los centros educativos y las unidades de salud.

Consenso nacional con los servicios de salud de las entidades federativas

Se realizó un taller de discusión sobre las acciones esenciales de salud para los adolescentes. Los resultados del taller se presentaron en sesión plenaria en cuatro vertientes básicas con preguntas concretas:

- *Modulación.* ¿Cuál es la mejor manera de desarrollar normas y reglas para las intervenciones esenciales de los adolescentes?
- *Financiamiento.* ¿Cuáles serán las fuentes de financiamiento que pueden apoyar el desarrollo de las intervenciones esenciales de los adolescentes en México?
- *Articulación.* ¿Cómo podrán articularse las intervenciones esenciales ante la diversidad de instituciones gubernamentales y no gubernamentales en México?
- *Prestación de servicios.* ¿Cuáles serán las acciones que debemos llevar a cabo para intervenir en el proceso salud-enfermedad en los adolescentes basándonos en cuatro dimensiones fundamentales: a) Atención a los

Cuadro I. Instituciones visitadas según tipo y área de trabajo

Tipo	Área de trabajo	Institución
Gubernamental	Adicciones	Centro de Integración Juvenil Consejo Nacional contra las Adicciones
	Educativas	CETIS Y CEBETIS (SEP)* Colegio de Bachilleres Colegio Nacional de Educación Profesional Dirección General de Salud Escolar (SEP) Instituto Politécnico Nacional
	Investigación	Colegio de México
	Promoción de la salud	Desarrollo Integral de la Familia Dirección General de Promoción de la Salud
	Riesgos	Centro Nacional de Prevención y Control de Accidentes
	Servicios	IMSS- Solidaridad Instituto Federal Electoral Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia Comisión Nacional del Deporte Consejo Nacional de Población Instituto Mexicano de la Juventud Instituto Nacional de Comunicación Humana Instituto Nacional Indigenista Procuraduría General de la República PROGRESA
	Salud mental	Instituto Nacional de Psiquiatría
	Salud sexual y reproductiva	Centro Nacional contra el VIH/SIDA (CENSIDA) Hospital Adolfo López Mateos Hospital Materno Infantil Inguarán Dirección General de Salud Reproductiva
Internacionales	Educación	UNESCO
	Financadoras	Banco Mundial Consejo Británico Fundación Kellog's Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud UNFPA Fondo de Población ONU
	Servicios	UNICEF
Organismos no gubernamentales	Salud sexual y reproductiva	IPAS, México Population Council Afluentes, S. C. Asociación de Ginecología y Obstetricia Centro de Orientación para adolescentes (CORA). Fundación Mexicana de estudios interdisciplinarios en salud integral Fundación Mexicana para la Planeación Familiar MEXFAM Instituto Mexicano de Sexología Sociedad Mexicana de Sexología Integral

CETIS: *Centro de Educación Técnica Industrial y de Servicios. CEBETIS: Centros de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios

daños a la salud; b) Prevención de daños; c) Actuación frente a factores de riesgo; d) Promoción de la salud

Los resultados de la dinámica grupal fueron editados y reacomodados durante la reunión, tratando de preservar su redacción original, para darles una secuencia lógica con relación a las dimensiones de discusión, los resultados obtenidos sirvieron de base para estructurar las estrategias y líneas de acción del PASA (Cuadro II).

Modulación y normatividad

En este rubro los responsables nacionales de los programas mencionaron que para tener una normatividad homogénea en México es necesaria la revisión de los acuerdos internacionales sobre adolescentes (OMS, OPS, Beijing), conocer la experiencia de aplicación en otros países y adaptarlas a México. Se consideró muy importante establecer la Norma Oficial Mexicana para la Atención holística del adolescente, agregarla a una Declaración de los Derechos del Adolescente y revisar la Ley General de Salud para proponer e incluir en ella iniciativas a favor de este grupo poblacional. Se propuso elaborar un Programa Nacional de los Adolescentes, considerando la asesoría de expertos y fortaleciendo los programas existentes de salud reproductiva, adicciones, salud mental, VIH/SIDA, y promoción de la salud.^{24,26-31}

Financiamiento del programa

Se estableció que el programa debe ser financiado con aportaciones federales, estatales y municipales en salud, así como con aportaciones de otros organismos gubernamentales conociendo con exactitud la aplicación de los recursos del ramo.³³

Fue importante el pronunciamiento realizado en torno al uso de las cuotas de recuperación con apertura hacendaria para financiamiento de proyectos y la formación de patronatos para generar recursos financieros, como otra fuente sustentable de recursos.

También se mencionaron la participación de fundaciones nacionales e internacionales, el apoyo de organismos internacionales y del sector privado (Océánica, Rotarios, Club de Leones) y las aportaciones de organizaciones no gubernamentales (ONGS).

Asimismo, se analizaron como fuentes de recursos, la investigación operativa y el autofinanciamiento mediante cursos proporcionados por el sector salud, actividades creativas de los jóvenes y establecimiento de un catálogo de fuentes de financiamiento para el apoyo de proyectos.

Articulación de las acciones con otros programas

Esta discusión centrada en torno a la coordinación de las acciones de las diferentes dependencias en las entidades estuvo encaminada a identificar y fomentar los propósitos comunes y la colaboración interinstitucional para la definición de estrategias de salud y bienestar. Esto a través de la formación de un cuerpo colegiado efectivo que podría resultar del reforzamiento de los consejos estatales, dejando la responsabilidad en el municipio como célula operativa de las acciones de todas las instituciones, que se encargarán de regular la participación de grupos de autoayuda (AA, neuróticos) y de coordinar los equipos multidisciplinarios para la atención de los adolescentes y la participación de los medios de comunicación para ofertar los servicios.

Prestación de servicios de salud a los adolescentes

Se estableció la necesidad de sentar las bases para la definición de los grupos blanco y el desarrollo de diagnósticos de salud regionales para identificar las necesidades biopsicosociales de los adolescentes y establecer prioridades para su atención, con énfasis en acciones de alto impacto.

Atención a la salud

Se propuso que la atención a la salud se enfocara en los procesos de mejoría de la calidad, prestación de servicios diferenciados por regiones mediante la atención interdisciplinaria, gratuidad de los servicios, módulos de atención integral al adolescente (con atención médica y psicológica), consejería y atención a riesgos y daños: traumatismos, alcoholismo, adicciones, cáncer, crecimiento y desarrollo, atención del embarazo, parto y puerperio; enfermedades de transmisión sexual, IRAs e infecciones de vías urinarias.

En relación con servicios preventivos, la opinión fue que las medidas habituales de protección específica y promoción a la salud, tengan como eje de atención a la familia, tomando en cuenta además aspectos de riesgo y resiliencia para prevención de embarazo en adolescentes, accidentes, violencia intrafamiliar, suicidio y adicciones; ante todo se deberán privilegiar las medidas de prevención frente a la dotación del paquete básico con vacunación, salud bucal, fomento deportivo, integración familiar y escuelas para padres. Promover la atención preventiva en poblaciones especiales en coordinación con el DIF (en consejos tutelares para menores).

Participación social y movilización de la comunidad

Las opiniones respecto a este punto fueron que deben ser el pilar de los programas de salud para la identificación de líderes en organizaciones de jóvenes, para el fomento de clubes del niño y del adolescente, y promoción de la salud que atiendan aspectos como: adicciones, salud sexual y reproductiva, prevención de accidentes, salud mental, nutrición, y participación comunitaria.

Finalmente, la opinión fue que es necesario:

- 1) Promover una especialidad para la atención de la adolescencia en la formación de profesionales de la salud y la educación.
- 2) Capacitar a prestadores de servicios, maestros y entrenadores de clubes deportivos e incluir en su plan de estudios aspectos del adolescente.
- 3) Diseñar proyectos para mejorar la capacitación del personal de salud encargado de prestar servicios a los adolescentes.

En el cuadro II se presenta la secuencia de acciones estratégicas y sustantivas sugerida por los responsables de programas de las entidades federativas, para la implementación del Programa en México.³³

Lo anterior sentó las bases para el diseño de diagramas de atención que permitieron organizar las acciones de salud a implementar en el PASA. Posteriormente, se planteó el esquema de problemas y acciones esenciales

organizado por las Instituciones y por los servicios de salud para la infancia y adolescencia ante las dependencias de la Secretaría de Salud que comparten acciones para los adolescentes: Salud Reproductiva, CENSIDA, CONADIC, Promoción de la Salud y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, el resultado fue darle una secuencia a la atención y reforzar la capacidad instalada de los servicios en las entidades bajo los siguientes modelos de atención:

Participación de Salud Reproductiva con el modelo de atención de servicios amigables de salud para adolescentes. Las unidades especializadas de salud reproductiva ahora se integran a la atención a los adolescentes con un equipo multidisciplinario en continuidad con la atención de las unidades de primer nivel. De CONADIC y Centros de Integración Juvenil (CIJ): participación de CIJ como unidades de referencia y canalización de casos de adicción desde la atención en unidades de primer nivel. De Promoción a la Salud: con el Programa de Escuela Saludable para la Atención de Adolescentes hasta los 15 años. De CENSIDA: con el manejo y referencia de casos y prevención de las ITS y del VIH/SIDA.

Discusión

La atención holística de la adolescencia debe transformar el paradigma de atención médica enfocada al daño en otro que se dirija a la búsqueda de estilos de vida saludables,

Cuadro II. Secuencia de las acciones estratégicas y sustantivas para la implementación del programa en México

Guadalajara. Mayo de 2001

1. Definir los rangos de edad para la atención de los adolescentes
2. Realizar diagnóstico situacional estatal sobre los adolescentes
3. Propuesta para la elaboración de la Norma Oficial Mexicana para la Atención Holística del Adolescente
4. Gestión para el financiamiento; federal, estatal, municipal, privado y de organismos internacionales
5. Definir el modelo de atención holística del adolescente, diferenciada por regiones en todo el país. (atención del binomio tutor-adolescente)
6. Promover la gratuidad en los servicios asistenciales de los adolescentes
7. Ejercicio de las cuotas de recuperación de las unidades de salud para impulsar las actividades de atención a los adolescentes
8. Establecer un programa de atención holística a los adolescentes según prioridades y evaluar el impacto de las acciones.
9. Constituir grupos de autoayuda entre los jóvenes
10. Difundir la experiencia de otros países, con condiciones similares a México, en torno al trabajo con adolescentes
11. Impulsar la investigación operativa sobre adolescentes
12. Constituir El Consejo Nacional para la Atención Holística de los Adolescentes
13. Decreto sobre los derechos de los adolescentes
14. Formar equipos multidisciplinarios en los estados

con énfasis en la atención integrada e integral, incluyendo los conceptos de resiliencia, autodeterminación y autocuidado. Además deben incluirse en el modelo la red de servicios de salud y la atención a los adolescentes desde el ámbito escolar y/o del área ocupacional. Es muy importante promocionar los servicios de salud en la comunidad para incrementar el uso efectivo de la capacidad instalada.

La organización estrecha de las instituciones desde el nivel federal, estatal y municipal deben tener como eje de la Respuesta Social Organizada a la participación activa del adolescente en la definición de los servicios que desea recibir. Antes de poner en marcha el PASA, es importante destacar que las instituciones en México cuentan con recursos suficientes para otorgar una atención holística en la comunidad, la escuela, la familia y los servicios de salud.

La equidad debe encaminarse a disminuir la brecha del bienestar de los adolescentes, facilitando la inclusión y el compromiso de los jóvenes en los proyectos de participación comunitaria dirigidos al desarrollo humano integral. Existe una franca tendencia a generar proyectos sobre salud sexual y reproductiva, cuando la problemática real de los adolescentes en México va más allá e incluye factores de riesgo como son: el abandono escolar, la pobreza, accidentes, violencia, adicciones, suicidio y otras que han sido soslayadas. Es importante resolver el punto de la identidad para concentrar los esfuerzos en aspectos que generan la carga más importante y extienden las brechas entre pobres y ricos.³²

Como conclusión del análisis del mapa político, las organizaciones identificaron la necesidad de un liderazgo que convoque los intereses de todas las instituciones en una instancia operativa. Identificaron también, que las acciones no se enfocan a las necesidades reales por deficiencias en los diagnósticos situacionales.

La planeación de las acciones de salud para la adolescencia ha partido desde la discusión de los modelos en salud pública, la definición del modelo de transición epidemiológica, el diagnóstico situacional y un análisis de las acciones que desarrollan cotidianamente las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Lo anterior debe tener como diseño organizacional una estructura legal y jurídica sólida que desemboque en una Norma Oficial Mexicana conjunta, así como en la vigilancia de su cumplimiento a través de Consejos nacionales y estatales, aprovechando la capacidad instalada de los consejos de salud de las diferentes dependencias. Adicionalmente habrá que agregar una coordinación adecuada de los programas de salud en todo el sector y enlazarlos de manera natural con los programas del sector educativo y del resto de los sectores que proveen de servicios municipales a la población.

La intención finalmente es aprovechar el potencial de las organizaciones como una verdadera Respuesta Social Organizada que ponga de frente los derechos humanos de los adolescentes, que permita incrementar el gasto en servicios útiles, limitar la duplicidad y cubrir las omisiones ancestrales en la atención a la adolescencia, para lograr una verdadera inversión en el capital humano que representan los jóvenes en México.

Trabajar en la actualidad por los adolescentes es concentrar esfuerzos, talento y experiencia en el capital humano de la próxima mitad del siglo, es iniciar el futuro de bienestar, con un presente de riesgo, de incertidumbre económica y de carencias sociales. La escuela, los padres y los maestros, así como los prestadores de servicios de salud tenemos muchas cosas que hacer, sin embargo, la decisión del autocuidado y de la planeación *ad hoc* de los servicios y su utilización está en manos de los jóvenes, ellos deben organizarse en torno a necesidades reales y a su propia idiosincrasia, bajo el estricto respeto a su libertad y autodeterminación. Finalmente, para enfrentar el reto de implementar un Programa Nacional de Atención a la Salud de la Adolescencia en México,³³ quedan varios pendientes: entender que así como los problemas de los adolescentes están inter-relacionados, también lo están las soluciones; se requiere modular las voluntades políticas a través de información clara para los tomadores de decisiones; comprender que sólo pueden existir políticas nacionales sólidas si cuentan con el soporte de programas multisectoriales; hacer confluir las voluntades de la sociedad civil en una respuesta social organizada capaz de invertir en el capital humano del futuro; y finalmente, aplicar técnicas de consenso de salud pública que promuevan estilos de vida saludables y que modifiquen el bienestar de la población, como lo hicieron en su momento los programas de vacunación y de hidratación oral en esta población que ahora es adolescente.

Referencias

1. **Moreno E, Serrano CV, García LT, Maddaleno M, Ruzany HM.** Lineamientos generales para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de atención. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Fundación W.F. Kellogg. Washington, D.C., USA. p 12-37.
2. **Romero KJ, Molina LJ, Casabuenas MC.** El enfoque del marco lógico: una herramienta de fortalecimiento institucional. ONGS, Salud y Desarrollo en México. Organización Panamericana de la Salud. México: 1997.
3. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica. OPS/HSS. Serie HSS/SILOS 32. Washington, D.C., USA: 1995.
4. Organización Panamericana de la Salud. La administración estratégica. OPS/HSS. Series HDS/SILOS-2. OPS, Washington, D. C., USA:1992
5. **Villa-Barragán JP.** Guía para determinar prioridades en el diagnóstico situacional. Riesgos y daños. Planeación estratégica de servicios de salud. Ed. Profesionales en Salud Pública; México: 2002.
6. **Londoño JL, Frenk J.** Pluralismo estructurado hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. En: Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas. Fundación Mexicana para la Salud, A. C.; México, D.F.: 1997. p. 307-347.

7. **Frenk J, Lozano R, Gonzáles-Block MA, et al.** Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Fundación Mexicana para la Salud, A.C.; México, D.F.: 1994.
8. Organización Panamericana de la Salud. La participación social en los sistemas locales de salud. OPS/HDS. Serie HDS/SILOS-3. OPS; Washington, D. C., USA. 1990.
9. **Rovere RM.** Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., USA: 1993
10. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud.
11. ATLAS. ti. 5.0. Scientific Software Development. Technical University; Berlin. Germany: 2002.
12. **Maddaleno M, Minist MM, Serrano CV, Silber TJ, Suárez OEN, Yunes J.** Servicios y programas. En: La salud del adolescente y del joven. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 552; Washington, D.C., USA: 1995. p. 287-389.
13. **Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla M.** El estado de arte en resiliencia. OPS/Kellogg, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, (CEANIM) Centro de Estudio y Atención del Niño y la Mujer; Washington, D.C., USA: 1997.
14. **Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Suárez OEN, Infante F, Groteberg E.** Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. OPS/Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI); Washington, D.C., USA: 1998.
15. **Burt M.** ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? OPS/ Kellogg, Programa de Salud del Adolescente; Washington, D.C., USA: 1997.
16. **Villa Torres LP.** Identificando necesidades y redefiniendo estrategias de atención de los servicios de salud para los y las adolescentes y jóvenes en México. Ipas México, A.C. 2002.
17. **Tuirán R, Zúñiga E, Zubieta B, Delgado D, Estrada L, Camarena RM.** Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico. Serie de documentos técnicos. Consejo Nacional de Población; México: 200:1-27, 54-80.
18. **Schiavon ER.** Programa Nacional de Salud 00-006. Programa Mujer y Salud. Adolescentes. Population Council; México: 2001. Prensa.
19. Encuesta Nacional de Juventud 2000 (ENJ). Resultados Generales. Secretaría de Educación Pública. Instituto Mexicano de la Juventud; México: Agosto 2002
20. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Adicciones. 1998. México: SSA; 1998.
21. Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística e informática. Boletín de Información Estadística. Daños a la salud No. 19, Vol. 2. 1999;329:507 México: 2001.
22. **Nazar BA, Tapia-Conyer R, Villa A, León AG, Medina-Mora ME, Salvatierra IB.** Factores asociados al consumo de drogas en adolescente de áreas urbanas de México. Salud Publica Mex 1994;36(6):646-654.
23. Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística e informática. Boletín de Información Estadística y los Servicios de Salud de los Estados No. 19, Vol. 4 1999;10:237 México; 2001.
24. Ley General de Salud. México. 7ª ed. Editorial Porrúa; 2001.
25. **Hanlon JJ.** Principios de administración sanitaria. México: Interamericana; 1964.
26. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Programa de Acción: Salud Reproductiva. México, 2001.
27. Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Programa de Acción: Tabaquismo, Alcoholismo y Farmacodependencia. México: 2001.
28. Secretaría de Salud. Dirección Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA. Programa de Acción: VIH-SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). México: 2001.
29. Secretaría de Salud. Dirección General de Promoción a la Salud. Programa Escolar de Educación Saludable. México: 2001-2006.
30. Secretaría de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Programa para la Promoción de la Salud Integral de la Adolescencia (PROSIA); México: 2001.
31. Health Canada/OPS Salud de la Población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. La perspectiva canadiense. 2000.
32. Nosotros los niños: examen final del decenio de los resultados de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia. Fondo de Población de las Naciones Unidas. New York: ONU; 2001.
33. Santos-Preciado JI, Villa-Barragán JP, García-Aviles MA. La transición epidemio-lógica de las y los adolescentes en México. Salud Pública Mex 2003;45 supl 1; S140-S152

