

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA
MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO



**EFFECTO DE UNA INTERVENCION EN LA COBERTURA DE
ATENCION A ADOLESCENTES CON ENFASIS EN VIOLENCIA
SEXUAL EN EL CENTRO “ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO”,
CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011**

POSTULANTE: Dra. Marie France Beltrán Navarro

TUTORA: Dra. Alejandra Salas

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA – MENCIÓN EPIDEMIOLOGÍA**

LA PAZ – BOLIVIA

2013

Dedico esta tesis

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Mi esposo José Michel

Mis hijos Antoinette y Xavier

Mis Padres Cleber y María

Mis Hermanos Jaime, Patricia, Carlos y Marcela

Mis sobrinos Jaime, Miguel, Estefanía y Lucia

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Al Ministro de Salud Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo por ser ejemplo de un trabajo comprometido para los demás, y por darme la oportunidad de ejercer como profesional en salud.

A la Dra. Patricia Beltrán Navarro por creer en mí, por sus consejos que ayudan a formarte como persona y por demostrarme su apoyo incondicional.

También quiero expresar mi agradecimiento a APPRENDE y en particular a su Directora, Dra. Ana Rosa Gonzales, que en el tiempo cuando me incorpore acepto la realización de esta investigación.

Al Lic. Franz Flores compañero de trabajo por la motivación y más que todo por su amistad.

Al Dr. Carlos Tamayo por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia y su motivación logro direccionar mi trabajo.

A las y los adolescentes y la población en general de la Zona Franz Tamayo del Municipio de El Alto por su cooperación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: OFERTA DE SERVICIOS DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES A NIVEL NACIONAL, BOLIVIA, 2010.....	9
TABLA N° 2: CUADRO DE DISTRIBUCION MUESTRAL.....	27
TABLA N° 3 : TABLA DE CONTINGENCIA, ADOLESCENTES QUEACUDIERON A CONSULTA ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION, CENTRO “ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO”, CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.....	39
TABLA N° 4: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGÚN NIVEL ESCOLAR DE LOS ADOLESCENTES, CENTRO “ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO”, CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.....	41
TABLA N° 5: ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD DE LOS ADOLESCENTES, CENTRO “ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO”, CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.....	42
TABLA N° 6: FRECUENCIA DE ASISTENCIA A LA CONSULTA DE ADOLESCENTES ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION, CENTRO “ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO”, CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.....	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO Nº 1 : DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGÚN SEXO DE LOS ADOLESCENTES, CENTRO “ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO”, CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.....40

GRÁFICO Nº 2. HISTOGRAMA, EDAD DE LOS ADOLESCENTES, CENTRO “ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO”, CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.....43

GRAFICO Nº 3: EVOLUCION DE LA COBERTURA DE ATENCION ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION, CENTRO “ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO”, CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.....45

GRAFICO Nº 4: EVOLUCION DE LA COBERTURA DE ATENCION ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION, CENTRO “ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO”, CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.....46

INDICE

ACRONIMOS	3
RESUMEN.....	4
I. INTRODUCCION.....	6
II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	8
III. MARCO TEORICO.....	13
A. ADOLESCENCIA.....	13
a. CONCEPTO	13
b. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA	13
c. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TARDÍA.....	14
d. LA PUBERTAD	14
e. LA JUVENTUD.....	14
B. NUEVOS PARADIGMAS PARA LA ATENCION EN SALUD DE LA JUVENTUD... 16	
C. SITUACION DE LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD	19
a. LA SITUACION EN MATERIA DE SALUD.....	19
b. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	20
c. SALUD MENTAL	21
d. VIOLENCIA	21
D. MARCO LEGAL	22
E. SITUACION ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION JOVEN	24
F. OFERTA DE SERVICIOS	25
G. PROBLEMAS PRIORITARIOS	26
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
V. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	31
VI. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	32
VI. HIPOTESIS	34
A. HIPOTESIS ALTERNA.....	34
B. HIPOTESIS NULA.....	34
VII. OBJETIVOS	34

A. OBJETIVO GENERAL.....	34
B. OBJETIVOS ESPECIFICOS	34
VIII. DISEÑO DE INVESTIGACION	35
A. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCION.....	35
B. MEDICIONES	35
a. UNIDAD DE OBSERVACION.....	35
b. MUESTRA	36
c. ANALISIS ESTADISTICO	37
IX. RESULTADOS.....	39
X. DISCUSION.....	46
XI. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS.....	48
XII. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS	49
XIII. CONCLUSIONES.....	51
XIV. RECOMENDACIONES.....	53
XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	55
XVII. ANEXOS	58

ACRONIMOS

ENDA	Encuesta Nacional de Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
OMS	Organización Mundial de la Salud
ITS	Infecciones de transmisión Sexual
TEF	Tasa Específica de Fecundidad
CELIN	Centro Latinoamericano de Investigación
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SEDES	Servicio Departamental de Salud
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

RESUMEN

INTRODUCCION: La población adolescente, entre los 10 a 19 años, representa alrededor del 23% de la población total del país², y resulta ser un sector de la población no siempre tomada en cuenta que requiere la intervención para abordar los problemas frecuentes en esta, pese a iniciativas de atención diferenciada en salud no del todo efectivas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: Es conocido que la adolescencia es una etapa difícil del desarrollo, con características particulares biopsicosociales y con ciertas necesidades específicas. Y esta necesidad hace que se deba comprobar con criterios de una buena atención (atención con calidad, calidez, aplicando la guía del adolescente que se encuentra en anexos), brindar información por personal capacitado en el área de salud para evitar embarazos no deseados, violencia sexual, enfermedades de transmisión sexual, etc. Además de que sean accesibles económicamente y cubran sus expectativas. Por tanto son problemas que merecen especial atención y abordaje integral.

PREGUNTA DE INVESTIGACION: ¿Cuál será el impacto de una intervención (la atención especializada al adolescente en base a la guía que se encuentra en anexos) en la cobertura de atención a adolescentes en el centro “ADA Atipiri Franz Tamayo”, Ciudad Satélite El Alto junio a noviembre 2011?

OBJETIVO: Determinar el impacto de una intervención en la cobertura de atención a adolescentes en el centro “ADA Atipiri Franz Tamayo”, Ciudad Satélite El Alto junio a noviembre 2011

METODO: Se realizó un estudio cuasi experimental, diseño antes después, en la que se incluyeron 272 adolescentes antes de la intervención, y 272 después de la intervención (la atención especializada al adolescente en base a la guía que se encuentra en anexos), seleccionados de 9 unidades educativas de la zona de influencia del establecimiento de salud, se realizó un estudio de las necesidades previo a la intervención (la atención especializada al adolescente en base a la guía que se encuentra en anexos), que ayudó a diseñar la propuesta de intervención.

Se midieron las siguientes variables descriptivas edad, sexo y nivel de estudio, siendo la variable de estudio el nivel de satisfacción. Se realizaron dos mediciones una al principio (junio) y al final de la intervención (noviembre). Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de McNemar, para identificar cambios, y la prueba de hipótesis para determinar el grado de influencia de la intervención, y estadística descriptiva para las demás variables.

LUGAR: Centro "ADA Atipiri Franz Tamayo", Ciudad Satélite El Alto

POBLACION: Adolescente del barrio de Ciudad Satélite El Alto

RESULTADOS: Se encontró diferencias en la satisfacción de pacientes adolescentes después de la intervención (la atención especializada al adolescente en base a la guía que se encuentra en anexos) (X^2 de McNemar 165,14 $p=0,00$), las diferencias encontradas en cuanto al incremento de la satisfacción del usuario respecto a la atención no se debe al azar (prueba de hipótesis $-2,8039$ que es mayor a 1,64). La cobertura de atención se incremento en 72,5%, de 13,2% a 85,7%. El grupo de estudio estaba compuesto en su mayoría por el sexo masculino 51,1% y la edad mas frecuente fue de 15 años.

CONCLUSION: La intervención realizada para mejorar el nivel de satisfacción de los adolescentes respecto a la atención tuvo un gran impacto, modificando las coberturas de atención.

RECOMENDACIONES: Se recomienda:

Generar políticas de gestión de aplicación obligatoria destinados a promover la salud de adolescentes y jóvenes aportando al proceso de recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria, orientada a fortalecer la rectoría del sistema único de salud, intercultural y comunitario.

Mejorar el acceso a servicios de salud mediante la disponibilidad y calidad de redes de servicios con establecimientos de salud acreditados para atender las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes en base a modelos de gestión adecuados a las realidades locales, que promuevan los Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Crear espacios de participación de adolescentes y jóvenes orientados a la movilización desarrollados para el empoderamiento de adolescentes y jóvenes para el ejercicio de sus Derechos, y así contribuir a la toma de decisiones y autocuidado de su salud y sus proyectos de vida.

I. INTRODUCCION

El mundo enfrenta hoy la generación más numerosa de adolescentes registrada en la historia, más de 1.200 millones, cuyas necesidades de atención no pueden ser postergadas.¹

En Bolivia se toma como población adolescente a aquella comprendida entre los 10 a 19 años, representa alrededor del 23% de la población total del país, del cual un 49% corresponde a adolescentes de sexo femenino, según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2008.²

Si bien las leyes bolivianas referidas al tema no restringen el acceso de adolescentes a servicios de salud, el Programa de Adolescentes del Ministerio de Salud y Deportes ha desarrollado el Plan Nacional para la Salud Integral de las y los Adolescentes (2009-2013)³, con intervenciones concretas para prevenir el embarazo adolescente y acciones de promoción de la salud reproductiva. Tras la implementación del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), se adoptó un enfoque de atención diferenciada para adolescentes.

En nuestra sociedad como en muchas otras, no resulta sencillo ser adolescente y tampoco padre y madre de una persona que atraviesa esta etapa. A la adolescencia se le asignan calificativos que reflejan la visión negativa de muchas personas y que en algunos casos terminan siendo asumidas por las/los adolescentes como práctica de vida. Se la llama por ejemplo, "la edad del burro",

“la edad del rebeldía sin causa” y se la asocia con problemas de embarazos no deseados, rupturas familiares y drogas.

El profesional de la salud que va a atender adolescentes no puede olvidar que, más que nunca, en esta etapa de la vida van íntimamente ligados los aspectos biológicos, psicológicos y sociales siendo estos ligados a la salud integral, evitando la focalización de los esfuerzos en programas de salud en el área biológica.

Tomando en cuenta que la adolescencia es una etapa vulnerable a diferentes situaciones entre ellas la más común la violencia sexual, es importante prevenir esta mediante la información, educación y comunicación a cada adolescente mediante centros multidisciplinarios con una atención especializada a los mismos.

Por lo tanto el área de intervención del presente estudio se realizó en la ciudad de El Alto en el barrio Ciudad Satélite, Franz Tamayo en adolescentes de 10 a 19 años siendo la razón mencionada anteriormente la explicación de la necesidad de conocer, comprobar las necesidades y la percepción de atención efectiva para ellos, esto con el objetivo de que los adolescentes acudan fácilmente al consultorio y así se pueda dar prevención ante esta situación además de obtener casos de violencia sexual los que hasta fecha anterior a la implementación del consultorio no se tenía. Tomando en cuenta que la atención debe ser integral también se realizaron acciones para evitar problemas de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc., propios de la adolescencia.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

La atención a la salud de los y las adolescentes en Bolivia comenzó a desarrollarse en el Ministerio de Salud y previsión social a partir de las actividades a la promoción de la salud y la prevención del uso de sustancias controladas en 1988, tomando como base el compromiso asumido en la Primera Conferencia de Ministros Responsables de la Juventud y la IX Reunión Iberoamericana de Ministros de Salud, Bolivia elaboró el Plan Nacional Concertado de Desarrollo Sostenible de Adolescencia y Juventud (1998-2002) y en este marco, el Ministerio de Salud elaboró el Programa Nacional de Atención a la Salud Integral de los y las Adolescentes, (Documento programático 1998- 2002/Resolución Ministerial 0170), que tuvo continuidad con el Plan Nacional de Salud y Desarrollo Integral de Adolescentes 2004-2008, respaldado por la Resolución Ministerial 0056 en actual vigencia. A fines del 2008, los responsables de programas de adolescentes de los SEDES evaluaron la implementación del Plan 2004-2008, concluyendo en primera instancia que debe readecuarse al nuevo modelo de atención SAFCI y amplían el grupo de intervención de 10 a 24 años en coherencia con otras políticas públicas en vigencia.

Referente a la oferta de servicios que hubo anteriormente a pesar de las dificultades referidas en la actualidad existió una red de servicios que trabajan con enfoque de atención diferenciada a nivel nacional, a continuación nos referimos a La Paz y El Alto.

TABLA N° 1: OFERTA DE SERVICIOS DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES LA PAZ Y EL ALTO, 2010

DEPARTAMENTO	SERVICIOS DE SALUD URBANO
LA PAZ	Centro de Salud Alto Miraflores
	Centro de Salud Alto Mariscal Santa Cruz
	Centro de Salud Obrajes
	Centro de Salud Mallasa
	Centro de Salud Villa Copacabana Norte
	Centro de Salud San Luis
	Centro de Salud 8 de Diciembre
	Materno Infantil Pampahasi Bajo
*EL ALTO	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Franz Tamayo
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Micaela Bastida
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Bartolina Sisa
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Elizardo Pérez
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Vicente Donoso Torrez
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Simón Rodriguez
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Villa Cooperativa
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Guido Villagomez

* ADAATIPIRIS (Gobierno Municipal)

FUENTE: Servicio Departamental de Salud de La Paz

Así también hubo el desarrollo de un proyecto por la Cruz roja Boliviana en siete Unidades Educativas de la ciudad de El Alto, se incorporaron a la agenda de actividades, el cual se desarrolló para asesorar a los jóvenes en temas relacionados con su salud y entre los que destacan los ámbitos de la sexualidad, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el Vih y Sida, embarazos precoces y no planificados y, en definitiva, todo aquello que pueda afectar a la estabilidad física y emocional de la gente joven, los resultados obtenidos entre otros, está el haber logrado la atención de los alumnos de los diferentes cursos que asistieron a las charlas de educación y, de esa manera, haber introducido a los jóvenes en la materia que tiene como cometido final, "que la juventud acuda a los Centros de Salud para aclarar dudas o mayor información". Luego de 17 meses de trabajo, el proyecto finalizó su accionar y fue considerado "fundamental" por el equipo evaluador por haber logrado llegar a alumnos de 1º, 2º, 3º y 4º de secundaria, que son los que se empiezan a plantear cuestiones vinculadas a su sexualidad. El proyecto tuvo como aliados al Ministerio de Salud y Deportes, Engenderhealt, Cruz Roja Española y la Agencia Española de Cooperación al Desarrollo (AECID). Dado el contexto actual de la Ciudad de El Alto, cuyas estrategias se orientan a solidificar el desarrollo cognitivo y físico del recurso humano en etapas vulnerables como la adolescencia y juventud, en un ámbito donde la población de 10 a 20 años; asciende a más del 60% del total, se crea los Centros Atención diferenciada de los y las adolescentes y jóvenes "ADA - ATIPIRIS", estos centros de atención integral no solo diagnostican casos de patologías, si no también intervienen en áreas como la constructiva (impulsar al buen habito de vida) y preventiva (prevenir los casos prevalentes en la adolescencia) en el crecimiento de los beneficiarios, lo que significa que no solo son centros de atención medica si no espacios de convivencia donde la población beneficiaria es tomada en cuenta como sujetos de derechos y participación propositiva.

La OMS ha establecido que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años, que se caracteriza por ciertas particularidades bio-psicosocial, es así que la atención a

adolescentes en establecimientos de salud se inscribe en el contexto de la promoción de la salud, que promueve la reorientación de los servicios de salud incentivando la participación como actores de la promoción de salud, siendo modelos o líderes para sus pares, enseñando hábitos de vida sana y del ejercicio de derechos, de manera que cada contacto en el consultorio se transforme para ellos en una experiencia que refuerce el proceso de toma de decisiones, la capacidad de juicio autocrítico y contribuya a la estructuración de un proyecto de vida. Es así que se plantea el desafío de transformar en un lugar donde se entienda, oriente y brinde atención a los/las adolescentes y jóvenes principalmente con consideración a realizar promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y recuperación oportuna dentro de la SSR y la violencia Sexual.

Las necesidades de los adolescentes son diversas, una demanda referida al ámbito de salud, guarda relación con la disponibilidad y accesibilidad a un centro de salud para su atención diferenciada, siendo estas determinantes más importantes, considerando que la adolescencia es la etapa de la vida más vulnerable y que la atención deberá ser preventivo-promocionales además de integral.

Además se comprobará si las necesidades de los adolescentes son satisfechas con un programa de atención con calidad dirigida a adolescentes por la importancia de contar con programas efectivos (accesibles y disponibles) que cubran sus expectativas y poder encontrar casos de violencia sexual además de evitar violencia sexual, ITS y embarazos no deseados, etc.

Se plantea un estudio cuasi-experimental, diseño antes-después, en el que se implementa una estrategia de intervención, para modificar la realidad es decir mejorar la satisfacción del usuario que pretende demostrar el impacto de esta como una alternativa para una futura implementación.

Con los resultados obtenidos en este trabajo se pretende contribuir al conocimiento de las necesidades básicas bajo la perspectiva del usuario, que mejore la calidad de atención y por tanto las coberturas de atención, además de contribuir a una línea de investigación, con información que permita futuras comparaciones con otros estudios

III. MARCO TEORICO

A. ADOLESCENCIA

a. CONCEPTO

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es difícil establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

b. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

c. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA TARDÍA

En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven.

d. LA PUBERTAD

La pubertad es un término empleado para identificar los cambios somáticos dados por la aceleración del crecimiento y desarrollo, aparición de la maduración sexual y de los caracteres sexuales secundarios no es un proceso exclusivamente biológico, sino que está interrelacionado con factores psicológicos y sociales.

e. LA JUVENTUD

La juventud comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría sociológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere.

La adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas se caracteriza por eventos universales, que son:

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambios de la forma y dimensiones corporales. Al momento de mayor aceleración de la velocidad de crecimiento en esta etapa, se le denomina estirón puberal.
- Se produce un aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento en la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- El incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino-metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
- El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.
- Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado están presentes durante esta etapa, que son:
 - Búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia.

- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado anímico.
- Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actitud social reivindicativa: en este período, los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

B. NUEVOS PARADIGMAS PARA LA ATENCION EN SALUD DE LA JUVENTUD

La fase juvenil concentra extremos etéreos en estadios definidos por consenso que se distinguen como adolescencia y juventud; empero puede utilizarse el término juventudes para definir a estos grupos sociales que tienen diferencias y singularidades, pero también similitudes, y que construyen su pluralidad y diversidad en distintos espacios sociales y culturales. Sin embargo, existe implícitamente un sentido de pertenencia generacional histórica, cultural y

temporal que los hace afines y les permite manejar códigos propios y compartir intereses y expectativas.

Las políticas y programas para las juventudes son fundamentales dada su ubicación en el tejido social, y debido a que los conceptos y enfoques no sufren una evolución lineal y coexisten varios enfoques para su abordaje.

El primer enfoque es el de derechos, que se funda en que el desarrollo juvenil no puede transitar aislado del desarrollo democrático de la sociedad, donde la calidad de la democracia consiste en fortalecer la condición ciudadana por medio de los derechos consagrados, y por tanto son considerados sujetos de derechos, derechohabientes o usuarios, pues su relación con el Estado se establece en la forma en que se garantiza el ejercicio de sus derechos.

El segundo enfoque concibe a las juventudes como actores estratégicos del desarrollo nacional y, como orientación política, busca que las juventudes sean el eje central de las estrategias de desarrollo como protagonistas en espacios de la sociedad donde se aprovechen sus potencialidades y capacidades.

El tercer enfoque propone un marco de desarrollo humano integral y de promoción de la salud con énfasis en adolescentes y jóvenes dentro del contexto de la familia y su ambiente socioeconómico social y cultural. El enfoque planteado por OPS (2001) sugiere un cambio de paradigma como una estrategia que prevenga problemas a futuro, planteando un proceso continuo a través del cual adolescentes y jóvenes satisfacen sus necesidades, desarrollan competencias y generan habilidades y vínculos sociales colaborativos.

El cuarto enfoque plantea prestar mas atención a la promoción de los derechos y necesidades socioeconómicas de adolescentes y jóvenes, trabajando conjuntamente con los gobiernos nacionales y locales, la comunidad y

organizaciones juveniles, en el desarrollo e implementación de políticas y planes que impliquen mayores inversiones en salud, educación y medios de vida de la juventud con el objeto de reducir la pobreza. Aprovechar la coyuntura demográfica favorable para abogar por una mayor inversión en la juventud, utilizando argumentos basados en evidencias, y otorgar atención concreta a problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, tomando en cuenta la diversidad de géneros y las diversas corrientes culturales juveniles.

La edad fue, durante muchos años, un referente biológico para establecer categorías sobre todo en materia de salud, donde se ubica a la adolescencia como una etapa de la vida en la cual se producen cambios puberales hasta llegar a la madurez sexual, acompañados de cambios psicológicos y procesos de interacción e integración social que no guardan relación para entre si, por ¹⁰ cual se hace innecesario establecer subetapas. El marco legal normativo retoma también el corte de edad y establece de esta manera limites para el ejercicio de los derechos, por esta razón, tanto en el país como en la región de Latinoamérica, existe una diversidad de cuerpos legales y rangos de edad que fragmentan las intervenciones, dando prioridad al asistencialismo en los mas jóvenes, y una total invisibilización de los menos jóvenes (19 a 24 años).

Empero al hablar de la oportunidad demográfica, ya que el 37% de la población boliviana se concentra en este tramo de 10 a 24 años, y reconociendo que los ciudadanos que se inscriben en este grupo juvenil son productores de culturas y actores estratégicos para el desarrollo, el presente Plan tomara esta población como meta de intervención, planteando de manera global pero flexible las intervenciones a desarrollar entre 2009 y 2013.

C. SITUACION DE LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD

a. LA SITUACION EN MATERIA DE SALUD

Las condiciones en las que se desarrolla la salud de adolescentes y jóvenes se establecen desde el embarazo, parto y primeros años de vida que influyen directamente en el desarrollo de potencialidades y calidad de vida. El entorno familiar, cultural, social, escolar, económico y ambiental, incide notablemente en su posterior desarrollo e inserción en la sociedad.

Entre 105 principales problemas en los primeros años de vida se identifican 105 relacionados con la nutrición y desarrollo psicosocial, discriminación de género, generacional, y cultural, violencia intrafamiliar, inequidad e invisibilización de la sexualidad y el ejercicio de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos.

La salud de los y las adolescentes y jóvenes en el país constituye un elemento clave para el progreso social, económico y político ya que invertir en este grupo etareo contribuye al mejoramiento de las condiciones sociales de las generaciones presentes y futuras.

Las necesidades y derechos de los y las adolescentes y jóvenes en materia de salud no figuran en la agenda política de salud, ya que se han priorizado otros grupos vulnerables. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que los adolescentes y jóvenes sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas. De hecho las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes son bajas en comparación con otros grupos etareos y la mayoría parte de las muertes son atribuibles a accidentes, homicidios-suicidios, causas vinculadas al proceso reproductivo y enfermedades crónicas y degenerativas.

No existe un perfil actualizado de morbilidad, las principales causas de consulta están relacionadas a problemas gastrointestinales, respiratorios agudas, osteoarticulares, de la piel, odontológicos, relacionadas con complicaciones del proceso reproductivo y heridas y traumatismos, producto de la violencia entre pares y otros.

b. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

FECUNDIDAD: Los datos de la ENDSA 2008, afirman que las adolescentes de 15 a 19 años presentan una Tasa Especifica de Fecundidad (TEF) de 88 por mil mujeres, superior a la observada en la ENDSA 2003. En el caso de las jóvenes de 20 a 24 años, la TEF asciende a 207 por mil mujeres, inferior a la observada en la ENDSA 2001, sin embargo continua siendo la mas alta entre los grupos de edad.

INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL: Según estudios localizados, esta entre los 14 y 16 años, aspecto influenciado por cambios sociales y económicos, que han contribuido a adelantar la edad de iniciación sexual y a diferir la edad del primer matrimonio o unión. Entre los cambios que han influido sobre estos ámbitos destaca la creciente migración rural-urbana. Existen diferencias además entre regiones del país, ya que el inicio de la actividad sexual en las tierras bajas, es en promedio menor a la región occidental.

EMBARAZO ADOLESCENTE: Se constituye un problema social por las consecuencias que traen en la perspectiva de vida de las adolescentes reflejada en barreras para el logro educativo, el desarrollo integral y el ejercicio de derechos, que en condiciones de ruralidad, marginalidad y exclusión social, perpetúan el ciclo intergeneracional de la pobreza. Estudios del UNFPA en áreas urbanas del eje troncal del país, daban cuenta que en 2005 mas de 70 por ciento de los embarazos de las adolescentes fueron no planificados. Asociado a este

tema, la mortalidad materna en adolescentes no ha disminuido en los últimos años como lo ha hecho en los demás grupos etareos.

c. SALUD MENTAL

El consumo de sustancias controladas es un fenómeno frecuente en nuestro país. Datos de la encuesta del Centro Latinoamericano de Investigación (CELIN) muestran que la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias peligrosas es, en promedio, de 14 años. El consumo de tabaco y alcohol es el que presenta mayor incidencia 47 por ciento de los/as adolescentes de entre 15 y 19 años consumen alcohol y tabaco.

No existen datos sobre la incidencia de otros problemas de salud mental en estos grupos pero al igual que en la mayoría de los países de América Latina y Estados Unidos cerca de cinco a 10 por ciento sufre o ha sufrido de algún grado de depresión o ansiedad, y es cada vez mas frecuente la tendencia a que estos problemas se traduzcan en trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia. Asimismo, el uso excesivo de medios interactivos puede derivar en mayores dificultades para la socialización y en adicción a la tecnología.

d. VIOLENCIA

La violencia se refleja en las relaciones sociales, donde las personas en razón de su genero, edad, nivel socioeconómico u otros, ejercen poder sobre otras, reflejando en muchos casos el estereotipo asociado al hombre con poder y ala mujer con subordinación.

De las diversas formas de violencia, la sexual es la más grave y se expresa en el acoso sexual, criticas al comportamiento sexual, comparación denigrante con otras personas y violación. La violencia sexual incluye además el tráfico de

adolescentes y jóvenes con fines sexuales y la explotación sexual comercial en sus diferentes formas. Datos de la ENDSA 2003, revelan que el 47 por ciento de las mujeres y 27 por ciento de 105 hombres de entre 15 y 24 años sufre de violencia física o sexual, 10 por ciento de las mujeres y dos por ciento de 105 hombres de las mismas edades declaran haber sido forzados/as a mantener relaciones sexuales contra su voluntad.

Por otro lado, la incidencia de la violencia psicológica también es elevada, pues afecta a 48 por ciento de las adolescentes y jóvenes. Cerca de 30 por ciento de 105 hombres sufren violencia psicológica por parte de sus progenitores, el entorno social y 105 pares.

D. MARCO LEGAL

CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO.: Capitulo II / Derechos Fundamentales.

Articulo 15. I. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte.

Ley No. 2426 Ley del Seguro Universal Materno Infantil y la El Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional tiene carácter integral y gratuito para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social a mujeres embarazadas y niños menores de cinco años.

Ley Ampliatoria del SUMI No 3250 atención a mujeres en edad fértil, en prevención del cáncer cérvico uterino, tratamiento de lesiones premalignas, métodos de anticoncepción y tratamiento de ITS.

Decreto Supremo 29601, Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI): Tiene como objetivo contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria - traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud - reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión participativa y control social, y brindar servicios de salud que tomen en cuenta la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina académica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. Sus principios son: participación comunitaria, intersectoralidad, integralidad e interculturalidad.

Ley 2026, Código Niño, Niña y Adolescente: Establece y regula el régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño, niña o adolescente con el fin de asegurarles un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional y social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia.

Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (Ratificada por el Estado Boliviano), en el capítulo 3, Art. 25 Derecho a la Salud.

1.- Los Estados Parte reconocen el derecho de los jóvenes a una salud integral y de calidad. Este derecho incluye la atención primaria gratuita, la educación preventiva, la atención y cuidado especializado de la salud juvenil, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la investigación de problemas de salud y la información y prevención contra el alcoholismo, tabaquismo y el uso indebido de drogas; en la atención tienen derecho a la confidencialidad y al respeto del personal de los servicios de salud, en particular, en 10 relativo a su salud sexual y reproductiva.

2.- Los Estados Parte velaran por la plena efectividad de este derecho adoptando y aplicando políticas y programas de salud integral orientados a la prevención de enfermedades, promoción de la salud y estilos de vida saludables entre los jóvenes.

E. SITUACION ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACION JOVEN

De acuerdo al diagnóstico realizado por los responsables de adolescencia de los SEDES, actual mente la red de servicios públicos dispone de algunos los servicios de salud adecuados para la atención de jóvenes aunque debido a la cantidad de población joven son escasos lo que compromete la accesibilidad y la cobertura. En general estos servicios brindan atención de forma fragmentada, la mayor parte de los casos en respuesta a través de especialistas yen momentos críticos.

Los servicios para adolescentes y jóvenes trabajan el enfoque de atención diferenciada y se han desarrollado en algunas áreas urbanas, el merito de que algunos servicios se han convertido en centros de capacitación de personal, de evaluación de tecnologías educativas, han desarrollado nuevos modelos de gestión con la participación de lideres, pero aun se requieren estrategias para vencer las barreras de acceso que anteponen los prestadores y que reducen la calidad de atención.

En la mayor parte de los SEDES del país puede constatarse un progreso significativo en la organización de servicios diferenciados para adolescentes aunque debe admitirse que este progreso se ha producido sobre todo por iniciativa de la cooperación internacional a través de proyectos específicos, los responsables de programa, la constitución de grupos interdisciplinarios para la atención en los niveles secundario y terciario del sistema de salud a través de organizaciones científicas, y organizaciones no gubernamentales.

Los servicios diferenciados que se han desarrollado en el país, muchas veces son desconocidos por los adolescentes y aun no son accesibles a jóvenes por falta de adecuada promoción y escasa derivación desde otros servicios de la red, lo cual se relaciona con la falta de capacitación de personal de salud de esos servicios, cuya actitud estigmatizante hacia las personas jóvenes no despierta la confianza de los adolescentes y jóvenes y conduce a que estos no manifiestan abiertamente sus verdaderos motivos de preocupación, muchas veces referidos a temas como la sexualidad, el embarazo, las infecciones de transmisión sexual o la drogadicción producto de las creencias sociales, mitos tabús respecto a estos temas.

Las características de los servicios, su infraestructura física, estética y organizacional también pueden contribuir al rechazo por parte de los adolescentes y jóvenes. Entre estas pueden resumirse algunas causas de no uso de servicios referidas por adolescentes de tres ciudades principales en un estudio de percepciones sobre servicios de salud.

- La localización de los servicios
- Los horarios inapropiados, coincidentes con el horario de trabajo o estudio
- Los procedimientos burocráticos, especialmente la recepción
- Las actitudes del personal, discriminatorio e irrespetuoso, no capacitado en atención diferenciada a población joven.
- La fragmentación de las medidas de tratamiento y prevención
- El costo de la consulta y los medicamentos
- Servicios que no atienden consultas de orientación son curativos

F. OFERTA DE SERVICIOS

A pesar de las dificultades referidas en la actualidad existe una red de servicios que trabajan con enfoque de atención diferenciada a nivel nacional, en La Paz y El Alto (TABLA 1).

G. PROBLEMAS PRIORITARIOS

Para efectos del presente plan y en virtud del diagnóstico situacional expuesto es importante priorizar algunas intervenciones a fin de lograr un impacto en relación a poder satisfacer las necesidades y además que la calidad de atención sea buena (de acuerdo a la guía que se encuentra en anexos) y esto pueda aumentar la cobertura de atención en el Centro Ada Atipiri Franz Tamayo en el/la adolescente estas son:

PREVENCION DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ADOLESCENTES: El embarazo a temprana edad no planificado puede ser un obstáculo para la formación escolar, en Bolivia, la Encuesta de Juventudes 2008 revela que el embarazo es una de las principales causas de deserción escolar; además conduce a la madre joven adolescente a iniciarse precozmente un rol reproductivo, sin información y escaso acceso a mecanismos de prevención. Como consecuencia, se postergan o diluyen sus propios proyectos de vida formativos y el rol productivo que la sociedad espera de ellas o ellos, con distintos matices culturales en ámbitos urbanos y o rurales.

Hay dificultades objetivas para compatibilizar el embarazo y la crianza con la inserción laboral, aunque la mayoría de las madres adolescentes viven con sus familiares y se dedican a actividades domesticas, a menudo las madres y/o padres adolescentes se ven forzados a entrar al mundo del trabajo, generalmente en condiciones precarias de remuneración y sin ninguna cobertura en seguridad social.

Encarar el proceso de formación de los hijos en una etapa de la vida en que las personas aun están forjando su propia identidad, y en que la misma sociedad les asigna papeles diferentes a los parentales, se convierte en una adversidad mas

compleja de medir, pues se basa en el supuesto, no del todo comprobado, de la menor capacidad formativa de las madres adolescentes.

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres sin pareja y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los padres. Históricamente, la maternidad adolescente tiende a darse bajo arreglos nupciales menos formales, sea por razones materiales (limitaciones financieras o dependencia de los hogares de origen), psicosociales (relaciones más inestables, embarazos productos de violencia y otros), o ambas.

A estas vulnerabilidades se agrega la presión sobre el presupuesto de los padres de las adolescentes progenitoras, que frecuentemente terminan por asumir parte importante del proceso de crianza. Esto se verifica con más intensidad cuanto menor es la madre adolescente, sin ignorar el hecho de que alrededor del 70% de embarazos en la adolescencia no son deseados y estos se dan mujeres con menores niveles educativos y mayores niveles de pobreza.

En referencia a la Encuesta de Juventudes 2008, es que un 9% de embarazos acontecieron en mujeres entre 105 13 Y 14 años, lo cual amerita una investigación de las causas, y elaboración de protocolos sociales específicos que serán generados a partir del presente plan.

En este aspecto las intervenciones más recomendables deben estar destinadas a la prevención, lo cual requiere acciones de promoción de medidas preventivas efectivas basadas en la amplia difusión de conceptos básicos sobre la salud sexual y reproductiva y derechos para la toma de decisiones y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, con el fin de diferir la edad del primer embarazo y /o procurando la orientación adecuada para prevenir un segundo embarazo.

PREVENCION DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL: La Encuesta Nacional de Juventudes 2008, revela que el 65% de mujeres entre 15 a 24 años han tenido al menos un embarazo por lo cual las probabilidades de que se produzcan muertes maternas en este segmento poblacional es mucho mayor, a esto se añade el hecho de que por factores sociales, culturales y familiares, las mujeres adolescentes gestantes demoran el cuidado de su salud, tanto en los controles prenatales como en el momento del parto, lo que incide en un mayor numero de abortos y complicaciones durante el parto y/o puerperio. Asimismo los cuidados al recién nacido son escasos o inoportunos y la lactancia materna acortada, influyendo negativamente en el desarrollo temprano de los niños/as o incrementando las tasas de mortalidad neonatal. El Ministerio de Salud y Deportes dispone de un Plan de atención a la salud materna dentro del continuo, que prevé la atención prenatal oportuna, la atención calificada del parto y una serie de medidas destinadas a facilitar el cuidado de niños/as en los primeros años de vida.

Así como un conjunto de medidas que deben aplicar los servicios para la atención integral de las gestantes que constituyen los cuidados obstétricos y neonatales esenciales.

Adicionalmente se facilitara la información y mecanismos necesarios para que adolescentes y jóvenes tengan acceso a la salud sexual y reproductiva.

PREVENCION DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH /SIDA: Debido al limitado acceso de la población adolescente y joven a servicios de salud (particularmente varones) y uso de métodos preventivos, no es posible disponer de cifras que orienten sobre la verdadera magnitud de las infecciones de transmisión sexual, la Encuesta de Juventudes revela que cerca de 76% de la población menor de 19 años tiene conocimiento acerca de las mismas, el conocimiento es mayor en poblaciones de mas de 20 años y constituye una causa frecuente de consulta en servicios de salud.

De las infecciones de transmisión sexual VIH SIDA es la que tiene mayor connotación debido a que la incidencia en poblaciones cada vez más jóvenes constituye un problema de salud pública que amerita intervenciones particulares y diferenciadas en adolescentes y jóvenes debido a la brecha que existe entre el conocimiento sobre métodos efectivos de prevención y el uso de estos.

La intervención más accesible a adolescentes quienes además en un 67% no usan ningún método de prevención en su primera relación sexual es promover el uso del condón como "doble protección" para incidir también en la reducción de embarazos a edad temprana.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL: La intervención tiene un carácter multisectorial, ya que involucra a varios servicios sociales y judiciales, el Ministerio de Salud y Deportes dispone de normas y protocolos de atención en servicios consensuados con los otros Ministerios que deben ser aplicadas con carácter obligatorio, por tanto también a partir del presente plan se desplegarán acciones que hagan factible su aplicación y monitoreo.

PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES: El plan priorizará la difusión de medidas preventivas para reducir el consumo de alcohol y drogas debido a que el segmento poblacional de 10 a 24 años está permanente expuesto a la información inadecuada vertida por los medios de comunicación, el mercado y los propios pares.

En esta misma línea es fundamental que adolescentes y jóvenes recuperen hábitos saludables de consumo de alimentos, recuperando los usos y costumbres de las comunidades, al margen de promover consumo de alimentos nativos, se hará énfasis en la calidad de la dieta procurando suplementar deficiencias ya documentadas a través de la administración de micronutrientes.

Finalmente tendiendo como evidencia que en la última década han sido frecuentes las epidemias por enfermedades emergentes se promocionara entre la población objetivo las medidas preventivas que el Ministerio de Salud y Deportes disponga con carácter normativo.

ACCESO UNIVERSAL A SERVICIOS DE REDES DE SALUD: En coherencia con las políticas de salud se desarrollaran acciones de abogacía y promoción a fin de que adolescentes y jóvenes tengan acceso universal a servicios de salud ya sistemas de aseguramiento público en aspectos prioritarios de la atención de salud.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Paralelamente a la población creciente en la ciudad de El Alto en esta última década la población de adolescentes también esta en aumento situación que conlleva a la presencia de problemas propios de este grupo poblacional, una de las mas importantes y descuidadas la salud por lo que es necesario contar con personal capacitado y especializado para el manejo de adolescentes que pueda satisfacer sus necesidades (confidencialidad, información adecuada, ambiente adecuado, etc.)

Es bien sabido y mencionábamos anteriormente que la adolescencia es una etapa difícil del desarrollo, con características particulares biopsicosociales y con ciertas necesidades específicas. Y esta necesidad hace que se deba comprobar con criterios de una buena atención, brindar información por personal capacitado en el área de salud para evitar embarazos no deseados, violencia sexual, enfermedades de transmisión sexual, etc. Además de que sean accesibles económicamente y cubran sus expectativas. Por tanto son problemas que merecen especial atención y abordaje integral.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál será el impacto de una intervención en la cobertura de atención a adolescentes en el centro "ADA Atipiri Franz Tamayo", Ciudad Satélite El Alto junio a noviembre 2011?

VI. REVISION BIBLIOGRAFICA

LA SUPERACIÓN DE LAS BARRERAS PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: INFLUIR EN LA DEMANDA

La evidencia sugiere que las barreras de la demanda pueden ser tan importantes como los factores de oferta para disuadir a los pacientes de recibir tratamiento. Sin embargo, se da poca atención, ya sea por los responsables políticos e investigadores, a las formas de minimizar su efecto. Estas barreras son propensas a ser más importante para los pobres y otros grupos vulnerables, donde los costos de acceso, falta de información y las barreras culturales que impiden beneficiarse de los gastos públicos.

Barreras de demanda presentes en los países y las pruebas de ingresos bajos y medianos en la efectividad de las intervenciones para superar estos obstáculos son revisados. Barreras de la demanda también se demuestra que son importantes en los países más ricos, en particular entre los grupos vulnerables. Esto sugiere que mientras que las barreras son abundantes, hay una escasez de pruebas sobre las formas de reducirlos. Cuando la evidencia existe, los datos y la metodología para la evaluación de la eficacia y la relación coste-eficacia es insuficiente. Una mayor atención a la obtención de pruebas sólidas sobre las intervenciones eficaces podría reportar grandes beneficios. La naturaleza probable de las intervenciones significa que las rutas de políticas pragmáticas que van más allá de los límites tradicionales del sector de la salud pública son necesarios para la aplicación de los resultados.

IMPACTO A NIVEL COMUNITARIO DEL PROGRAMA DE VALES DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS EN KENIA

Este trabajo examina la asociación a nivel comunitario entre la exposición al programa de vales de la salud reproductiva en Kenia y la utilización de los servicios. Los datos provienen de una encuesta de hogares realizada entre 2.527 mujeres (15-49 años). Los resultados muestran que para los nacimientos que se producen después de que comenzara el programa de vales, las mujeres de las comunidades que habían estado en el programa desde el año 2006 habían acudido con mayor frecuencia a un centro de salud y recibido atención especializada durante el parto en comparación con los de las comunidades que no habían sido intervenidas por el programa. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la utilización durante el primer trimestre de la atención prenatal y hacer cuatro o más visitas al establecimiento de salud. Además, las mujeres pobres usaron menos el servicio de maternidad (entrega de servicio de salud, la atención calificada del parto y atención postnatal) en comparación con sus contrapartes no pobres independientemente de la intervención. Los resultados sugieren que el programa se asocia con un aumento de las coberturas de establecimientos de salud y la atención calificada del parto, especialmente entre las mujeres pobres. Sin embargo, ha tenido un impacto limitado a nivel comunitario en el primer trimestre calendario de uso de la atención prenatal y hacer cuatro o más visitas, que siguen siendo un desafío a pesar de la alta proporción de mujeres en el país que hacen al menos una visita de atención prenatal durante el embarazo.

VI. HIPOTESIS

A. HIPOTESIS ALTERNA

Existen diferencias en la cobertura de atención de pacientes adolescentes después de la intervención en el centro ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO, en el barrio Ciudad Satelite, El Alto.

B. HIPOTESIS NULA

NO Existen diferencias en la cobertura de atención de pacientes adolescentes después de la intervención en el centro ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO, en el barrio Ciudad Satélite, El Alto.

VII. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto de una intervención en la cobertura de atención a adolescentes en el centro "ADA Atipiri Franz Tamayo", Ciudad Satélite El Alto junio a noviembre 2011

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar al grupo de estudio según sexo
- Caracterizar al grupo de estudio según edad.
- Comparar la cobertura de atención de adolescentes antes y después de la intervención.

VIII. DISEÑO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio cuasi experimental, diseño antes – después.

A. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCION

Centro "ADA Atipiri Franz Tamayo", Ciudad Satélite El Alto

B. MEDICIONES

a. UNIDAD DE OBSERVACION

Adolescentes que acuden al centro "ADA Atipiri Franz Tamayo", Ciudad Satélite.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Toda la población de adolescentes del área de influencia al centro "ADA Atipiri Franz Tamayo" de la ciudad de El Alto.
- Adolescentes matriculados y que asisten de manera regular a los colegios en el área de influencia del establecimiento de salud.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que acuden a consulta por patologías quirúrgicas, infecciosas graves y que son referidos a otros establecimientos de salud
- Adolescentes que están de tránsito en el área de influencia del establecimiento de salud.

VARIABLES

- Cobertura de atención
- Edad
- Sexo
- Nivel escolar

b. MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se realizó en primera instancia el cálculo del porcentaje de consultas en función al promedio de afluencia de adolescentes al establecimiento de salud, que fue de 538 pacientes, siendo el porcentaje de consultas 13,87%.

Por tanto el valor inicial (proporción) de consultas se estima en aproximadamente 13,87% (p_1) y se esperó que con la implementación de la estrategia de intervención se eleve a 10% (p_2), aceptando un error α (tipo I) = 0,05 y un error β (error tipo II) = 0,20. Se calculó la muestra con ayuda del programa estadístico EPIDAT 3.0, obteniendo el número mínimo de observaciones en cada una de las muestras que se elijan para representar a la población a estudiar.

Entonces: $n_1 = 272$ primera muestra (antes de la intervención)
 $n_2 = 272$ segunda muestra (después de la intervención)

Para la elección de la muestra se procedió a la elección de las unidades educativas del área geográfica de influencia contabilizada en número de 10, la distribución fue de acuerdo al siguiente cuadro:

TABLA N° 2: CUADRO DE DISTRIBUCION MUESTRAL

UNIDAD EDUCATIVA	NUMERO DE MUESTRA ASIGNADO Antes de la intervención	NUMERO DE MUESTRA ASIGNADO Después de la intervención
1	30	30
2	30	30
3	30	30
4	30	30
5	30	30
6	30	30
7	30	30
8	31	31
9	31	31
TOTAL	272	272

c. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó con ayuda del programa estadístico SPSS PASW Statistic ver.18.0, el cálculo del χ^2 de McNemar, para identificar cambios luego del proceso de intervención, para caracterizar el grupo de estudio se utilizó estadística descriptiva en función a tablas de frecuencia y gráficos de torta y barra.

Para comprobar si la implementación de estrategia de intervención provoco cambios o no se utilizó las siguientes formulas:

$$z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_1 \times q_1}{n_1} + \frac{p_2 \times q_2}{n_2}}}$$

Fórmula de resolución

$$z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_0 \cdot (1 - p_0)}{n_1} + \frac{p_0 \cdot (1 - p_0)}{n_2}}}$$

Utilizando una regla de decisión que se detalla a continuación:

- Z = Mayor que 1,64 (independientemente del signo) se traduce que se ha producido un cambio a partir de la implementación de la estrategia.
- Z = Menor que 1,64 (independientemente del signo) se concluye que el azar pudo haber producido las diferencias y no la implementación de la estrategia.
- Z = Igual a 1,64 (independientemente del signo) o muy cercano a este valor, es conveniente ampliar el estudio con más observaciones

IX. RESULTADOS

Ingresaron al estudio 272 adolescentes antes de la intervención, y 272 después de la intervención a continuación, se presentan los resultados obtenidos.

RESULTADO 1

Se establece un nivel de significancia de 0,05 ($\alpha = 0,05$), que en la tabla de X^2 es de 3,84, con 1 grado de libertad.

TABLA Nº 3: TABLA DE CONTINGENCIA, ADOLESCENTES QUE ACUDIERON A CONSULTA ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION, CENTRO "ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO", CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.

	Después				Total	
	Acude		No acude			
Antes	N	%	N	%	N	%
Acude	17	6,3%	19	7,0%	36	13,2%
No acude	216	79,4%	20	7,4%	236	86,8%
Total	233	85,70%	39	14,30%	272	100,00%

Como puede apreciarse en la tabla de contingencia de 272 pacientes que se atendieron en los que se realizó la intervención (la atención especializada al adolescente en base a la guía que se encuentra en anexos) 236 acudieron de estos 216 no acudían y comenzaron a acudir después de la intervención y 20 que

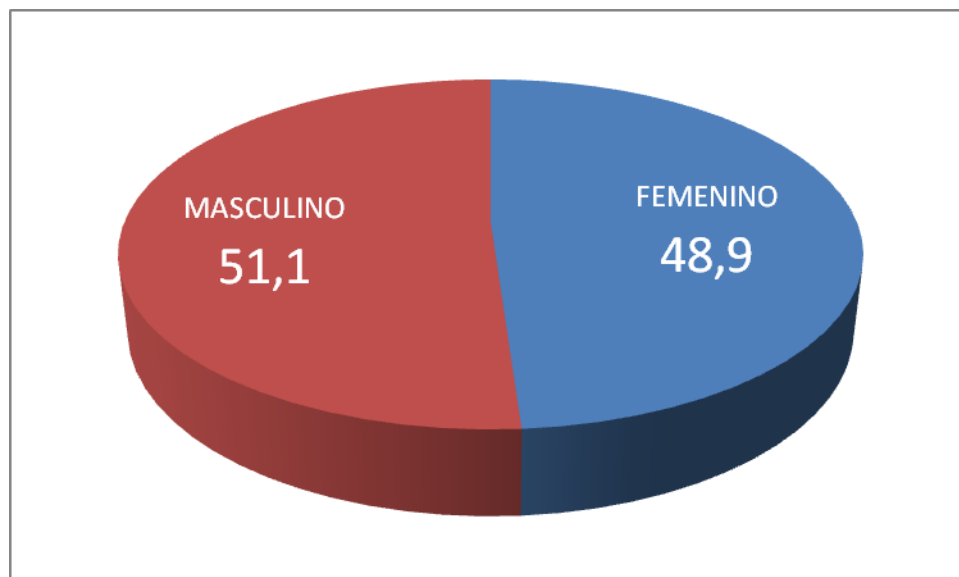
acudían continuaron acudiendo y 36 no acudieron de estos 17 que acudían ya no acudieron y 19 nunca acudieron.

El valor de X^2 de McNemar es de **165,14** este valor calculado es mayor al valor de 3,84 que le corresponde en la tabla que puede ocurrir por azar, $p= 0,00$ por tanto se rechaza la hipótesis nula, aceptando la hipótesis alterna que dice que existen diferencias en la afluencia de pacientes adolescentes después de la intervención.

Se procede a la prueba de hipótesis, para comprobar si la implementación de la estrategia provocó cambios o no, obteniéndose un resultado de -6,51 que es mayor a 1,64 con lo que se concluye que las diferencias encontradas en cuanto al incremento de la cobertura de atención no se debe al azar por lo que se puede asegurar que se debe a la intervención.

RESULTADO 2

GRAFICO Nº 1 : DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGÚN SEXO DE LOS ADOLESCENTES, CENTRO "ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO", CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.



Como puede apreciarse, la frecuencia del género masculino es de 51,1% mayor respecto a las mujeres el 48,9 %. Tomando en cuenta que la diferencia no es de gran magnitud la asistencia relativamente igual para ambos sexos.

TABLA Nº 4: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGÚN NIVEL ESCOLAR DE LOS ADOLESCENTES, CENTRO “ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO”, CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1RO SECUNDARIA	53	19,5
2DO SECUNDARIA	23	8,5
3RO SECUNDARIA	47	17,3
4TO SECUNDARIA	64	23,5
5TO SECUNDARIA	20	7,4
6TO SECUNDARIA	65	23,9
TOTAL	272	100,0

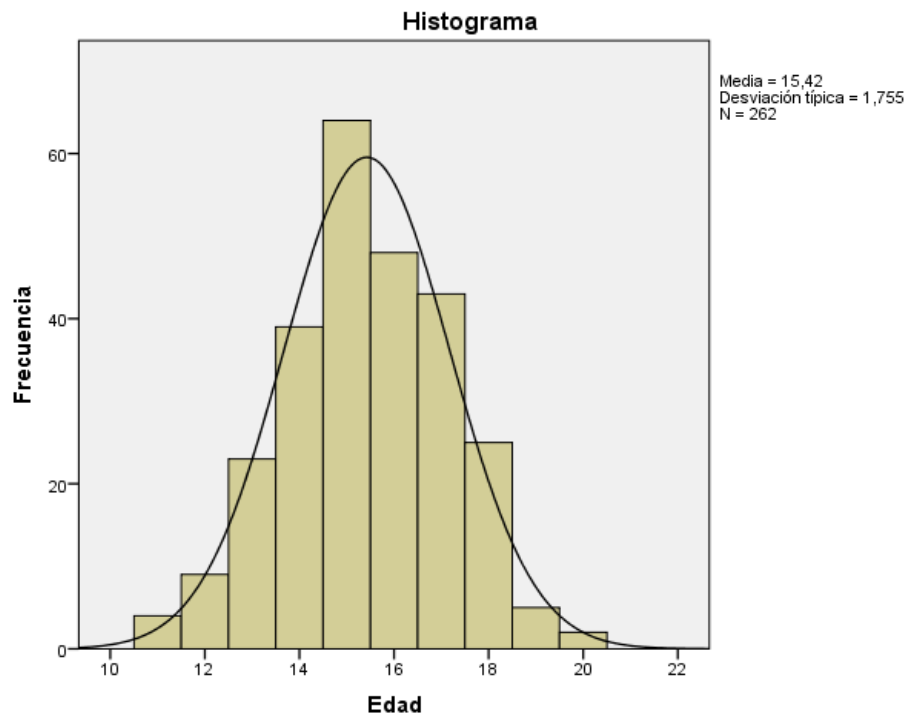
En la relación al nivel escolar se observa una preponderancia de los casos en adolescentes de 6to de secundaria con 23,9 %, seguido de 4to de secundaria con 23.5%, siendo mínima la diferencia.

TABLA Nº 5: ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD DE LOS ADOLESCENTES, CENTRO "ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO", CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.

ESTADISTICO	VALOR
Media	15,41
Mediana	15,00
Moda	15
Desv. típ.	1,724
Varianza	2,973
Asimetría	-,065
Error típ. de asimetría	,148
Curtosis	-,138
Error típ. de curtosis	,294
Rango	9
Mínimo	11
Máximo	20

La categoría más frecuente fue de 15. El 50% de los sujetos está por encima del valor de 15 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor. En promedio, los valores de alcoholemia se sitúan en 15,41. Asimismo, se desvían de 15,41– en promedio - 1,72 unidades de la escala. Los datos tienen una ligera asimetría izquierda, y es ligeramente platicúrtica, características que nos estarían indicando que la variable edad de los adolescentes posiblemente no tenga distribución normal.

GRÁFICO N° 2. HISTOGRAMA, EDAD DE LOS ADOLESCENTES, CENTRO "ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO", CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.



Al realizar la prueba de normalidad se puede concluir que los datos respecto a esta variable difiere de la distribución normal (Kolmogorov – Smirnov 2,038 p 0,000).

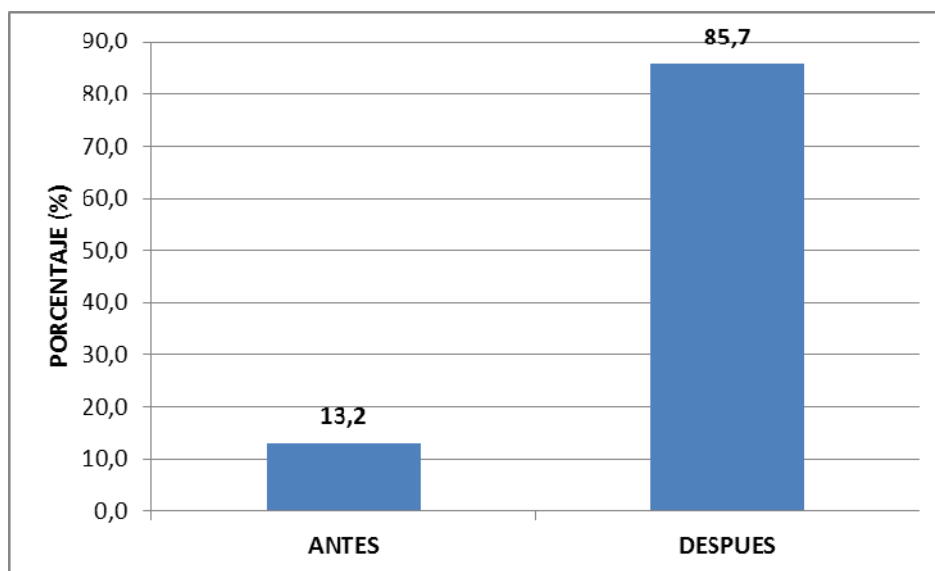
RESULTADO 3

TABLA N° 6: FRECUENCIA DE ASISTENCIA A LA CONSULTA DE ADOLESCENTES ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION, CENTRO "ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO", CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011

ACUDE	ANTES		DESPUES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	13,2	233	85,7
NO	236	86,8	39	14,3
TOTAL	272	100	272	100

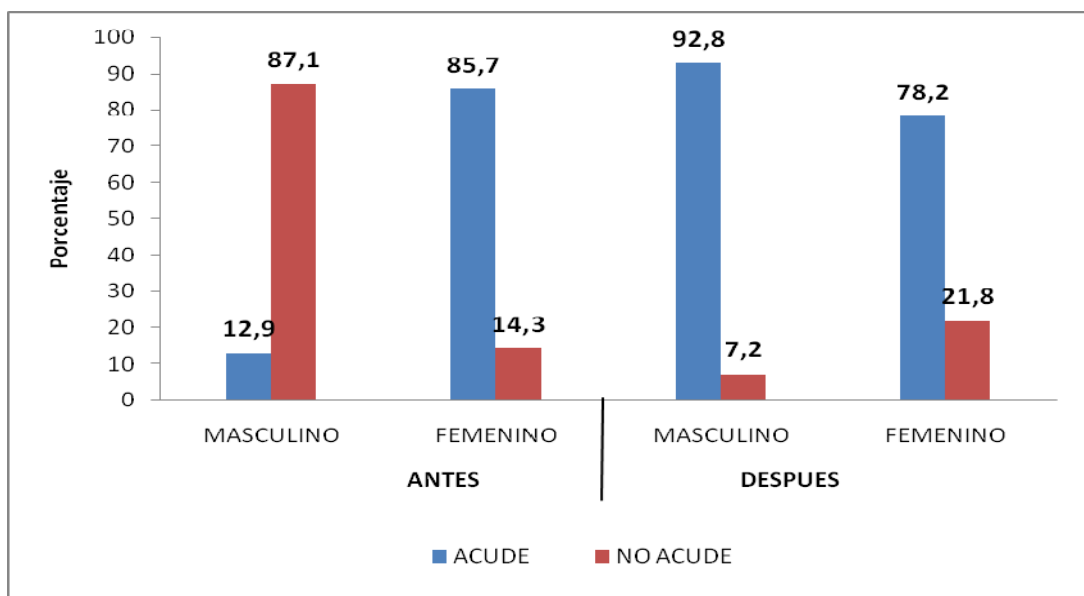
Antes de la intervención no el 86,8% de la población de estudio no acudia al centro de salud. Luego de la intervención el 85,7% ya acudió por al establecimiento de salud.

GRAFICO Nº 3: EVOLUCION DE LA COBERTURA DE ATENCION ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN, CENTRO "ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO", CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.



Respecto a la cobertura de atención esta se incrementó en 72,5%, de 13,2% a 85,7% luego de la intervención.

GRAFICO Nº 4: EVOLUCION DE LA COBERTURA DE ATENCION ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION, CENTRO "ADA ATIPIRI FRANZ TAMAYO", CIUDAD SATELITE EL ALTO JUNIO A NOVIEMBRE 2011.



X. DISCUSION

Ha sido reconocido que los principales problemas de salud de la población están ligados a los determinantes sociales, por lo que su abordaje implica un trabajo intersectorial, integral e integrado y con activa participación social.

La calidad de atención se considera un elemento clave de los programas de planificación familiar y salud reproductiva en el contexto de un enfoque centrado en el cliente que tiene como objetivo proporcionarle a éste un servicio de alta calidad, por considerarse a éste un derecho humano básico. La provisión de servicios de salud de alta calidad es algo que ha sido promovido tanto por los interesados a nivel local como por las organizaciones de salud de la mujer y de atención primaria a la salud, y que ha sido también reiterado en conferencias

internacionales, como por ejemplo la Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo que tuvo lugar en 1994.

La provisión de servicios de alta calidad asegura que el cliente sea atendido como se merece; asimismo, al proporcionar mejores servicios a precios razonables, se atrae a más clientes, se incrementa el uso de los métodos de planificación familiar y se reduce el número de embarazos no planeados. Se han realizado varios estudios de impacto que muestran que cuando se mejora la calidad de los servicios de salud reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos aumenta en consecuencia. Estudios realizados en Bangladesh, Senegal y Tanzania indican que el uso de métodos anticonceptivos es más alto entre las mujeres de áreas donde éstas sienten que reciben una buena atención, en comparación con otros establecimientos de salud ubicados en áreas donde los servicios son de menor calidad (Koenig et al. 1997; Mroz et al. 1999; Speizer y Bollen 2000).

La provisión de servicios de alta calidad resulta también beneficioso para el personal de salud, ya que al mejorar las normas básicas de atención se atrae a más clientes y se reduce el costo per cápita, lo que garantiza la aptitud para sostener los servicios.

En un estudio realizado en La Paz, El Alto y Santa Cruz (UNFPA, 2008) donde existen servicios de atención diferenciada, los y las adolescentes tienen percepciones muy particulares respecto a su salud, las cuales dependen de la edad, sexo, aspectos socioculturales, demográficos, psicológicos, grupo social y personalidad, en función de estos factores asumen que pueden o no acceder a un servicios de salud y de esta manera hay un porcentaje de adolescentes que son usuarios de servicios de salud (60 por ciento) y un porcentaje que no se asume como usuario (40 por ciento).

De los que usan servicios de salud (Al menos una vez por año) los/ las usuarios/as indicaron que tienen demanda insatisfecha de las siguientes especialidades: 47,7 por ciento, medicina general; 15,4 por ciento, dentista; 14,2 por ciento, oculista, 10 por ciento, ginecólogo y 9,3 por ciento, orientación en psicología. Existe una mayor proporción de adolescentes que prefieren servicios públicos (7 de cada 10). La población que más consulta esta entre 14 a 16 años y 60 por ciento de las consultas es efectuada por mujeres.

De la población que no es usuaria de servicios de salud, 60 por ciento indica que no necesita de estos servicios, salvo cuando están severamente enfermos; 15 por ciento no asiste por falta de dinero y 10 por ciento por falta de tiempo o información; mientras que un alto porcentaje (40 por ciento) prefiere la medicina casera, aunque si tiene recursos acude a una farmacia. Generalmente, no tiene confianza en el sistema por la mala atención.

XI. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos ayudan a identificar problemas sobre todo relacionados a la gestión como ser:

- Insuficiencia en el desarrollo, aplicación y seguimiento de orientaciones programáticas, normas técnico administrativas y protocolos de atención
- Debilidad en el desarrollo de sistemas de dirección y de gestión del programa en los diferentes niveles de organización funcional del Programa (central, departamental y local)
- Inexistencia de planes específicos para la atención de la salud de los/las adolescentes dentro de la red de servicios públicos

- Insuficiencia de personal asistencial y administrativo motivado y capacitado para cumplir con las orientaciones del programa y los planes específicos de las instituciones.
- Inexistencia de sistemas de referencia y retorno.
- Inadecuación de ambientes físicos, mobiliario, equipos e instrumental para orientación, consulta y hospitalización, al interior de la red de servicios de salud.
- Insuficiencia de materiales para información, educación y comunicación (IEC) para la atención integral a la salud del adolescente
- Insuficiencia de materiales de registro, insumos y medicamentos para programas específicos
- Deficiente capacidad de respuesta del sistema educativo publico a las necesidades de información de adolescentes
- Insuficiencia de RRHH para prestaciones integrales y diferenciadas a adolescentes y jóvenes y para realizar actividades de actoría y empoderamiento de la salud en estrategias de promoción y prevención.
- Suministro de medicamentos para tratamiento de ITS y oferta de anticoncepción, es solo para mujeres, constituyendo una barrera a la atención integral, necesaria en la población adolescente.

XII. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio de particular interés para las instituciones que trabajan con jóvenes y adolescentes, ofreciendo servicios integrales o específicos en salud.

Teniendo en consideración que se han identificado muchas organizaciones no gubernamentales que desarrollan actividades en la atención integral del adolescente.

Además es un insumo para las entidades rectoras en servicios de salud, que permite orientar para la mejora y creación de espacio y entornos saludables para los jóvenes y adolescentes. Y a partir de esta iniciativa maximizar el acceso y la calidad a los servicios de salud, que beneficie a los usuarios.

XIII. CONCLUSIONES

A pesar de que este estudio esté sometido a algunas limitaciones, se trata de una evaluación del efecto de la intervención respecto a mejorar la cobertura de atención diferenciada para adolescentes con énfasis a educación sexual.

A partir de los resultados se puede concluir que efectivamente existieron cambios en la cobertura de atención luego de la intervención, puesto que estas se incrementaron de manera significativa gracias a la intervención y no por el azar, es importante tomar en cuenta que existe el riesgo de que se haya presentado un el efecto Hawthorne por el simple hecho de sentirse observados durante el estudio por parte de la población o de repente iba a aumentar de forma natural, con o sin campaña, por sugestión que es el efecto placebo.

Pueden existir algunos factores que pueden influir en el estudio, los cuales se admiten como:

- Nivel económico de la familia
- La edad
- La independencia económica a determinada edad
- El tipo de relación del adolescente con los padres
- La estabilidad emocional del adolescente
- Los adolescentes puede ser que hubiesen preferido el centro ADA ATIPIRI por la cercanía al lugar donde ellos están o viven, encontrándose esta cerca al colegio donde acuden o donde viven acudirían para ser atendidos además de que la atención fue gratuita.
- El centro de salud contaba con material informativo para orientaciones, medicamentos, instrumentos para la atención esto debido a que la motivación que presentan los/las adolescentes por conocer todos los

cambios que están pasando hace que tengan estas demandas debido a que probablemente los servicios de salud del área no cuentan con todo lo necesario.

- Material de distracción en la sala de espera (TV, Videos, Revistas).

Del total de pacientes que ingresaron al estudio, considerando que no se tuvieron perdidas, la mayoría fueron del sexo masculino.

La edad mas frecuente de los adolescentes fue de 15 años podría suponerse a los cambios biológicos que presentan los adolescentes son más marcados en esta etapa teniendo más dudas y preguntas haciendo que busquen un medico/a que pueda orientarles.

Tomando en cuenta el grado que cursaban los adolescentes existe casi una igualdad entre el 4to y 6to de secundaria, que coincide con la edad.

Los adolescentes desean que en su consulta no intervengan terceras personas para tener privacidad y confidencialidad que se refiere a la discreción absoluta que se tenga sobre el contenido de la consulta, para así favorecer el interés y que los/las adolescentes se sientan satisfechos y confiados.

Por último los adolescentes en el estudio de línea de base refirieron que para ellos sería fácil poder acudir a consulta médica cuando existe realmente una atención diferenciada y especializada donde habrá una atención integral analizando las diferentes áreas de el/la adolescente.

XIV. RECOMENDACIONES

Se recomienda:

Primero generar políticas de gestión de aplicación obligatoria destinados a promover la salud de adolescentes y jóvenes aportando al proceso de recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria, orientada a fortalecer la rectoría del sistema único de salud, intercultural y comunitario.

Mejorar el acceso a servicios de salud mediante la disponibilidad y calidad de redes de servicios con establecimientos de salud acreditados para atender las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes en base a modelos de gestión adecuados a las realidades locales, que promuevan los Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Crear espacios de participación de adolescentes y jóvenes orientados a la movilización desarrollados para el empoderamiento de adolescentes y jóvenes para el ejercicio de sus Derechos, y así contribuir a la toma de decisiones y autocuidado de su salud y sus proyectos de vida.

Promover la creación de entornos saludables con énfasis en promoción de la salud en torno a determinantes de la salud para lograr estilos de vida saludables para contribuir a la toma de decisiones y autocuidado de su salud y sus proyectos de vida en adolescentes y jóvenes

Finalmente elaborar un diagnóstico situacional de la salud de adolescentes y jóvenes.

XV. ASPECTOS ETICOS

En el presente estudio, teniendo en cuenta que se realizo una intervenci3n que no implicaba de alguna manera invadir la privacidad de los sujetos de estudio, ni someterlos a alg3n tipo de prueba se siguieron las normas b3sicas para obtener un consentimiento informado dirigida al adolescente y a los padres o tutores con el fin de conseguir la autorizaci3n para participar en el estudio.

En todo caso se respeto el principio de la autonom3a expresada en el consentimiento informado. El principio de la no maleficencia y el de beneficencia promoviendo el mejor inter3s del paciente pero sin tener en cuenta la opini3n de 3ste y finalmente el de la justicia con el trato igualitario a todos participantes del estudio.

XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Memoria institucional Aprende 2012 Tercera Edición marzo 2012
2. Programa de prevención primaria e integral de la violencia sexual infantil y juvenil en el distrito 1, redes 103 y 104 de la ciudad de EL ALTO, APRENDE 2011.
3. UNICEF. Atención Integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. 2010
4. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional de Atención a la Salud Integral de los y las Adolescentes 1996-2003. La Paz:- Bolivia.1996.
5. Cruz Roja Boliviana Revista Informativa, edición en internet, año 13, numero 36, mayo, junio, julio, agosto 2008
6. Encuesta Nacional de la Adolescencia y la Juventud 2008/UNFPA; La Paz Bolivia UNFPA 2009.
7. Ensor T, Cooper S. Superar las barreras para el acceso a los servicios de salud: influir en la demanda. Política de Salud y Planificación de 2004 , 19 : 69 - 79
8. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Nacional para la Salud y el Desarrollo Integral de las y los Adolescentes 2004-2008. La Paz:- Bolivia 2004.
9. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo nacional de población y vivienda. Bolivia 2001

10. Gwatkin D, Bhuiya A, Victora C . Hacer que los sistemas de salud más equitativos .The Lancet 2004, 364 : 1273 - 80 .
11. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta continua de hogares 2003-2004. Bolivia. 2003
12. Meuwissen LE, Gorter de CA, Knottnerus AJA. Impacto de la atención sexual y reproductiva accesibles de salud de los adolescentes pobres y desatendidos de Managua, Nicaragua: un estudio de intervención cuasi-experimental. Journal of Adolescent Health 2006 ; 38 : 56.e1 - 56.e9
13. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Encuesta continua de hogares 2004-2005. Bolivia 2004
14. Cooperación Alemana (GTZ). Encuesta nacional de juventud 2003. Bolivia. 2003
15. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta nacional de demografía y salud. Bolivia. 2003
16. Ministerio de Salud y Deportes. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta nacional de demografía y salud 2008 Bolivia. 2008
17. Viceministerio de Igualdad de Oportunidades. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Encuesta nacional adolescencia y juventud. Bolivia. 2008

18. Ensor T, Ronoh J. Impacto del cambio organizacional en la prestación de servicios de salud reproductiva: una revisión de la literatura. *Revista Internacional de Planificación y Gestión de la Salud* 2005 , 20 : 209 – 25
19. Rabe-Hesketh S , Skrondal A . *Modeling Multinivel y Longitudinal Usando Stata* .2008. 2^a ed. College Station, TX: Stata Corp LP.
20. RH-OBA Comité Técnico. RH-OBA Revisión de Aseguramiento de la Calidad: Informe Final. Nairobi: Comité Técnico RH-OBA, 2009.
21. Owen, N., Bauman, A., Booth, M., Oldenburg, B. y Magnus, P. (1995) Las campañas de los medios masivos de serie para promover la actividad física: reforzar o redundantes *American Journal of Public Health*, 85, 244 -248
22. Wilde, GJS (1993) Efectos de los medios masivos de comunicación sobre los hábitos de salud y seguridad: una visión general de los problemas y las pruebas *Adicción*, 88,983 -986
23. Novelli, WD (1990) Aplicación de mercadeo social para promover la salud y prevención de enfermedades. En Glanz, K. Lewis, FM y Rimer, BK (eds) *Comportamiento de la Salud y Educación para la Salud*. Jossey Bass Publishers, San Francisco, CA, 342-369
24. Flora, JA, Maibach, EW y Maccoby, N. (1989) El papel de los medios de comunicación a través de cuatro niveles de intervención de promoción de la salud. *Revisión Anual de Salud Pública*, 10, 181-201.

XVII. ANEXOS

Anexo 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	UNIDADES O CATEGORIAS	ESCALA
Cobertura de atención	Atenciones médicas realizadas	Número de atenciones	Numérica
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Numérica
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal dicotómica
Nivel escolar	Nivel de instrucción recibida	1ro Secundaria 2do Secundaria 3ro Secundaria 4to Secundaria 5to Secundaria 6to Secundaria	Nominal politómica

Anexo 2

DESCRIPCION DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION

PASOS PROPUESTOS PARA RESOLVER ESTAS NECESIDADES

Los pasos adecuados de una buena atención a el/la adolescente son detallados a continuación.

PRIMER PASO PRECONSULTA O ACOGIDA

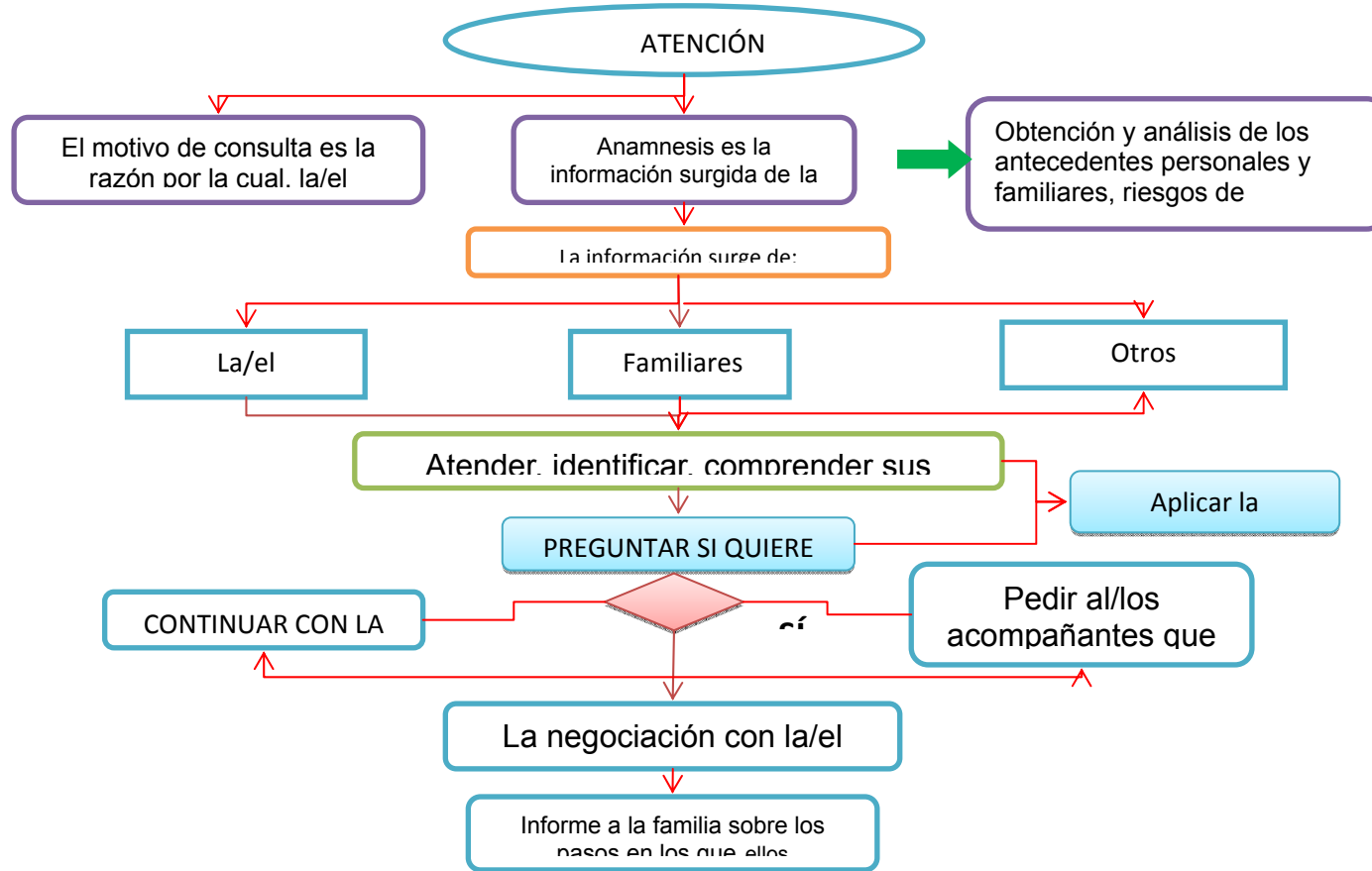
La atención integral de salud del adolescente se inicia en el primer contacto, ésta puede ser:

Dentro del Centro	Cuando acude por algún motivo de consulta (demanda espontánea o referencia) ó Es captado (adolescente acompañante del paciente)
Fuera del Centro	El adolescente puede ser captado en espacios donde ellos y ellas permanecen habitualmente (centro educativo, club, barrio, comunidad, etc.).

SEGUNDO PASO: MOTIVO DE CONSULTA Y ANAMNESIS

La segunda fase se refiere al motivo de consulta y anamnesis que se basa en la confidencialidad. En la figura 1 se muestra un modelo para realizar este segundo paso.

FIGURA 1: PASOS A SEGUIR EN MOTIVO DE CONSULTA Y ANAMNESIS



Técnicas a ser tomadas en cuenta para la atención diferenciada a adolescentes

Confidencialidad.- Es el pilar básico y requisito fundamental de la medicina del adolescente, para que él o ella expongan sus necesidades y dudas, sobre todo cuando el tema es la salud sexual y salud reproductiva y/o violencia sexual, sin el temor de que la información pueda ser transferida a los padres.

Espacio independiente.- Es importante ofrecer a los padres un espacio independiente y dejar claro que el contenido de la conversación con el/la adolescentes no será comentado sin su permiso, permite construir una relación con el/la adolescente.

Excepciones de la confidencialidad.- Debe quedar muy clara nuestra obligación ética y legal al respecto. Es conveniente explicar las excepciones que están relacionadas al riesgo para su propia vida y/o el riesgo para otras personas, acordando con el paciente, estas pueden ser argumentadas y consensuadas con paciencia y el apoyo de sus padres para el beneficio mutuo.

Registro de información.- La información se registra para orientar el diagnóstico, pero es importante solo tomar notas breves para no interferir el relacionamiento médico-paciente.

Anamnesis.- La anamnesis completa debe ser realizada siempre y cuando no se trate de una emergencia o urgencia médica, ya que en este caso debemos priorizar la atención clínica.

Modelos de intervención.- Es conveniente comenzar con preguntas generales hasta que el/la adolescente o joven y el médico/a o personal de salud ganen confianza mutua. Cuando la entrevista esté más avanzada, explicar el motivo por

el que se necesita hacer estas preguntas, abordar aspectos más delicados como consumo de sustancias, sexualidad, género, sexo, términos que deben ser conocidos (ver tabla 1 en anexos). En las tabla 9 Y 10 (Posibles preguntas que permiten tener una idea clara de la vivencia de los y la adolescentes) se menciona algunos modelos de intervención en el/la adolescente respecto a estos temas.

Uso de nemotécnico para recolección de información.- Para facilitar la recolección de la información, podemos utilizar un nemotécnico propuesto por García Tornel : F.A.C.T.O.R.E.S (**F**amilia, **A**migos, **C**olegio, **T**óxicos, **O**bjetivos, **R**iesgos, **E**stima, **S**exualidad) (tabla 2 en anexos Recolección de la información en base a FACTORES). Si bien es una herramienta muy importante no se debe asumirla como una receta, ya que la entrevista se convertiría en un interrogatorio, por ello es fundamental la experiencia en este tema, que solo se conseguirá con la práctica.

Todos estos datos obtenidos en la anamnesis deben ser anotados en la historia clínica y recordados en el momento de dar la orientación para hablar de lo que el/la adolescente necesita en este momento en particular. Probablemente sus deseos y necesidades variarán en el tiempo, por lo que es importante indagar los F.A.C.T.O.R.E.S en cada consulta.

TERCER PASO: EVALUACION DEL CRECIMIENTO FISICO

El control integral del crecimiento y desarrollo de los/as adolescentes debe efectuarse al menos una vez al año e incluir una evaluación, como se detalla a continuación:

EVALUACION DEL CRECIMIENTO FISICO

Qué observar	Cómo investigar
Peso.	Evaluado en balanza con el/la adolescente descalzo y con la menor cantidad de ropa posible.
Velocidad de crecimiento de peso y talla.	Requiere de dos consultas sucesivas con intervalo no menor de 3 meses y no mayor de 18. La velocidad de crecimiento se considera normal cuando se ubica entre los percentiles 10 y 90. Este procedimiento se puede utilizar en la primera consulta si se tiene información de medidas y de tallas anteriores.
Maduración esquelética	Los diagnósticos diferenciales de desarmonía del crecimiento y desarrollo pueden requerir diagnóstico de la edad ósea, a través de radiografía de muñeca y mano izquierda. (EN ESE SE DEBE REFERIR A TRAUMATOLOGIA O/Y ENDOCRINOLOGIA)

CUARTA PASO: EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL

La evaluación del desarrollo sexual se realizará como se detalla a continuación donde se valora la pubertad normal de varones y mujeres según Tanner.

PUBERTAD NORMAL (VARONES)	PUBERTAD NORMAL (MUJERES)
Inicio entre los 9 y los 14 años	Inicio entre los 8 y 13 años
Tanner I: No hay cambios	Tanner I: No hay cambios
Tanner II: Aumento del volumen testicular (>3cc), puede aparecer el vello pubiano (VP II)	Tanner II: Aparece el botón mamario (estadio M II), luego o al mismo tiempo el vello pubiano (VP II)
Tanner III: Crece el pene, aparece vello axilar y facial, cambios de voz, primera polución	Tanner III: Mama en forma de cono, aceleración del crecimiento, menarquía
Tanner IV: Engrosamiento del pene y desarrollo de testículos y escroto	Tanner IV: Mama con doble contorno, (areola y pezón)
Tanner V: Genitales adultos	Tanner V: Mama adulta

Existen 2 tipos de procedimientos de evaluación del desarrollo sexual según Tanner los cuales son invasivo y no invasivo,

EL PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR EL DESARROLLO SEXUAL NO INVASIVO.

De inicio se debe tomar en cuenta los cuestionarios de evaluación para mujeres y hombres que se presentan a continuación, que nos permitirá la introducción a este procedimiento

CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE DESARROLLO SEXUAL NO INVASIVO PARA MUJERES

¿Ya comenzaste la pubertad?	SÍ./NO. (Pubertad: período de la vida en que aparecen cambios en tu cuerpo: pelos en los genitales o aumento del tamaño de los pechos).
¿Ya tuviste tu primera menstruación?	SÍ/ NO (Menstruación comienza el primer día que sale sangre por la vagina hasta el último día que sale sangre por la vagina de 2 a 7 días)
¿Son tus períodos menstruales regulares?	SI/NO (Periodo menstrual es el tiempo que pasa desde el inicio de una menstruación al inicio de la próxima menstruación entre 28 d. +/- 7 días)

CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE DESARROLLO SEXUAL NO INVASIVO PARA HOMBRES

¿Ya comenzaste la pubertad?	SÍ/NO. (Pubertad: período de la vida en que aparecen cambios en tu cuerpo. Pelos en los genitales o aumento de su tamaño).
¿Tuviste ya tus primeras eyaculaciones (nos referimos a la salida de semen, [leche, guasca, etc.] en forma espontánea o por medio de la masturbación)?	SÍ/NO.
Si es así, ¿a qué edad te sucedió? Años
¿Te afeitas?	SI/NO
¿A qué edad comenzaste? Años
¿Con qué frecuencia?	1 vez por día:..... 1 vez por semana:...

	1 vez por mes:
¿Ya has cambiado la voz (una voz que es más baja que cuando eras niño)?	SI/NO
¿Si ya cambiaste la voz, ¿eso fue hace más de dos años?	SI/NO

Paso 1: explicar al adolescente la importancia de conocer cómo está creciendo y madurando. Para ello, dígame, que le mostraré unas gráficas donde se puede observar el desarrollo de las personas desde que son niños hasta adultos.

Paso 2: Muestre la gráfica de varón o mujer, según se trate de un o una adolescente.

Paso 3: Solicite que mire las gráficas y que señale aquella, que se asemeje más a su desarrollo físico sexual.

Paso 4: Proceda a comparar el desarrollo físico sexual señalado por la/el adolescente, con la edad que previamente ha consignado.

Paso 5: Una vez clasificado el estadio de desarrollo sexual que le corresponde, proceda a registrarlo en la HC.

EL PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR EL DESARROLLO SEXUAL INVASIVO

Es importante darle a él/la adolescente confidencialidad e iniciar el procedimiento como sigue a continuación:

PASO 1: Explique al adolescente el objetivo del examen y cómo se realizará el procedimiento, mostrándole los elementos a utilizar en el mismo (ejemplo

espéculo en el caso de la mujer). Si la/el adolescente no ha iniciado relaciones sexuales, es muy joven y presenta riesgos que justifiquen el examen, por lo menos uno de sus padres o tutor debe autorizar el procedimiento. Este examen debe ser hecho por profesional de salud capacitado y especializado. Realizarse cuando sea estrictamente necesario para establecer un diagnóstico.

PASO 2; Antes de comenzar el examen cerciórese de tener a mano todos los elementos necesarios para un buen y adecuado examen, ejemplo espéculos adecuados (en el caso de las mujeres).

PASO 3: Realice el examen con suavidad y paciencia, respetando su pudor y el tiempo que el/la adolescente tome o desee utilizar.

PASO 4: Cubra al adolescente. No es preciso que esté totalmente desvestida/o. Promueva que la/el adolescente participe activamente y colabore con la exploración. Si el padre o la madre prefiere esperar afuera o el adolescente acude solo, otro profesional de la salud (médico, enfermera, obstetra, etc.) deberá estar presente durante el examen. Será una gran ayuda en las técnicas de exploración y para cubrir los aspectos éticos-legales, en particular cuando el profesional de salud que realiza el examen es del sexo contrario al del adolescente.

PASO 5: Mientras se realiza el examen de las mamas y genitales a la adolescente se le debe enseñar a reconocer su anatomía, como forma de distinguir futuras alteraciones. Puede emplearse un espejo para familiarizar

EXAMEN GENITAL DE LOS/AS ADOLESCENTES

En el examen genital se debe tomar en cuenta si el/la adolescente inició o no relaciones sexuales para poder realizar el examen como indica a continuación.

<p>En adolescentes sin inicio de relaciones sexuales</p>	<p>Inspección genitales externos en varones y mujeres.</p> <p>Valoración tamaño del clítoris.</p> <p>Valoración del vello pubiano en varones y mujeres.</p> <p>Secreciones vaginales normales o anormales</p> <p>Himen: características.</p> <p>Vagina: malformaciones.</p> <p>Examen mamario en el varón y la mujer.</p> <p>Examen del pene, escroto, testículos.</p> <p>Corrimiento uretral</p> <p>Lesiones perineales / genitales en varones y mujeres</p>
<p>En adolescentes con inicio de relaciones sexuales</p>	<p>Además de lo expuesto anteriormente:</p> <p>Tomas para citología oncológica cervical.</p> <p>Tomas para estudio de flujo, diagnóstico de ITS.</p> <p>Tomas uretrales para diagnóstico de ITS.</p> <p>Valoración infección por HPV y lesiones si es necesario.</p> <p>Colposcopia, ante PAP anormal.</p> <p>Inspección del cuello uterino y vagina con espéculo.</p> <p>Tacto vaginal.</p>

QUINTO PASO: EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

Se deberá realizar un test de habilidades sociales en el que se evalúa la asertividad, autoestima, comunicación, toma de decisiones, se dará la calificación e interpretación del listado de habilidades sociales (hhss) de acuerdo a lo que responda cada paciente.

Los puntajes que se ubiquen en la Categoría de Promedio en la suma total de las áreas corresponden a personas que requieren consolidar e incrementar sus habilidades sociales. La evaluación se realizará en base a una prueba de habilidades sociales (HHSS).

Según los resultados de esta prueba se podrá clasificar en categorías como sigue a continuación:

Categoría Promedio Alto	Personas con adecuadas habilidades sociales.
Categoría Alto y Muy Alto	Personas competentes en las habilidades sociales.
Categoría Promedio Bajo	Personas con habilidades sociales muy básicas y que requieren de un mayor incremento y reforzamiento para una mayor competencia.
Categoría Bajo y Muy Bajo	Personas con déficit de habilidades sociales (autoestima, comunicación, asertividad y toma de decisiones), lo cual lo puede situar como un/una adolescente en riesgo.

FUENTE: Cuadro de procedimientos IMAN (Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades), Noviembre 2008.

SEXTO PASO DETECCION DE VIOLENCIA SEXUAL

La violencia en sus diferentes formas es un problema de salud pública, que afecta principalmente a los/las adolescentes y que requiere ser abordado a fin de disminuir su incidencia e impacto negativo en el desarrollo integral del adolescente.

Su detección y atención oportuna permite disminuir los daños y secuelas que esto trae consigo.

Durante la atención es necesario intervenir con amabilidad y empatía cuando se observe prácticas de castigo corporal (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso físico y otros) o durante la atención explorar y reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso contra la mujer es una manera efectiva de prevenir maltrato infantil.

SEPTIMO PASO: FASE DE POST CONSULTA O RESOLUTIVA

En esta fase es importante:

Explicar claramente a/la adolescente o joven los diagnósticos, las conveniencias del tratamiento, sus aspectos favorables y desfavorables y las otras alternativas que existen al mismo.

Escuchar, comprender y aclarar sus dudas, opiniones, usos y costumbres respecto de su salud.

La fase de la post consulta es el momento ideal para realizar actividades preventivo promocionales.

Actividades Preventivo Promocionales

Para poder explicar y hablar a los/las adolescentes es importante tener en cuenta las actividades preventivo promocionales detalladas a continuación.

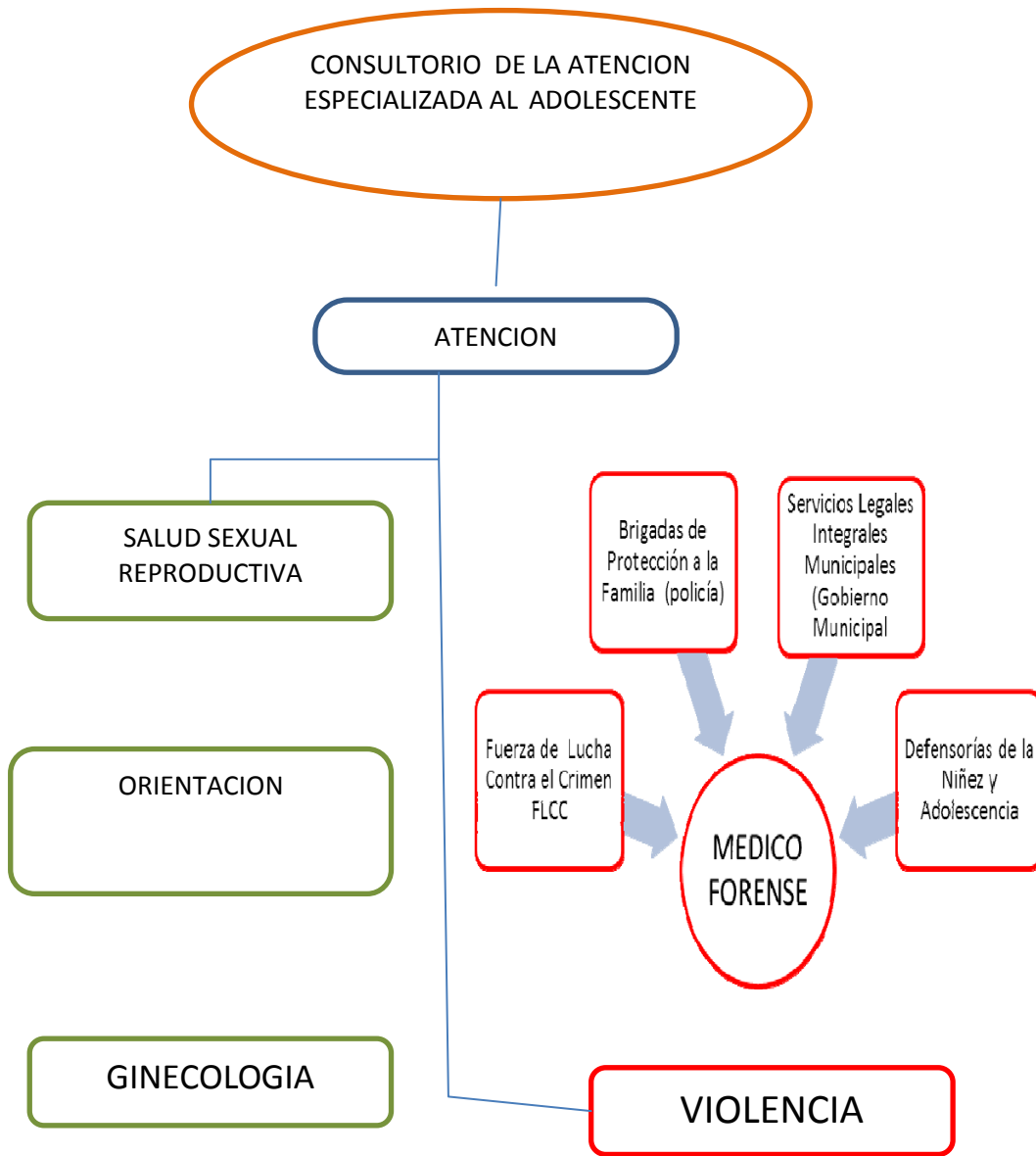
Cuidados generales para la salud	Prevención de accidentes y/o violencia
<p>Asistir por lo menos a un control médico anual</p> <p>Dormir por lo menos 8 horas durante las 24 horas</p> <p>Realizar actividad física al menos durante 30 minutos cada día (ej. caminar, correr, etc.)</p> <p>Reemplazar la televisión por otras actividades recreativas, educativas y/o deportes</p> <p>Usar bloqueador solar o gorra al tomar sol</p> <p>Evitar ruidos intensos (ej. música muy fuerte)</p> <p>Consumir alimentos frescos y variados (ver Arco Alimentario de la Guía de atención Integral y Diferenciada para Adolescentes y jóvenes)</p> <p>Durante la menstruación:</p> <p>La adolescente debe realizar sus actividades normales: bañarse, hacer deporte y comer normalmente</p>	<p>Evitar situaciones de riesgo de maltrato físico o abuso sexual (consumo de alcohol, pertenencia a pandillas, etc.)</p> <p>Evitar el manejo /uso de armas blancas (objetos corto punzantes) o de fuego</p> <p>USAR obligatoriamente medidas de seguridad (casco, cinturón) en deportes de contacto, en automóviles, bicicletas, motocicletas etc. Responsabilidad al conducir vehículo</p> <p>Aprender a nadar</p> <p>Evitar consumo de alcohol, drogas</p> <p>Conversar con los padres sobre medidas en caso de emergencias.</p> <p>Participar en la comunidad contra la violencia de todo tipo y prevención del alcoholismo</p>

Es conveniente que emplee una toalla o paño higiénico limpio y que se lo cambie con regularidad	
Promoción del éxito escolar	Salud mental
<p>Ser responsable de su asistencia puntual y sus deberes o tareas.</p> <p>Participar en las actividades escolares y extra escolares del colegio</p> <p>Identificar sus intereses y las habilidades que tiene para su futuro vocacional</p> <p>Planificar su futuro vocacional y profesional, con sus padres o un adulto de su confianza y los aspectos positivos y negativos de sus planes.</p> <p>Desarrollar habilidades en el lenguaje oral y escrito.</p> <p>Pedir orientación a un adulto de su confianza en caso de deseos de abandonar los estudios</p>	<p>Aprender a conocerse a sí mismo (valores, objetivos en la vida)</p> <p>Reconocer su proceso de crecimiento y de cambio</p> <p>Aprender a valorar sus fortalezas</p> <p>Explorar nuevos roles y respetar a las personas que le rodean</p> <p>Recurrir a un profesional de salud de su confianza cuando esté muy triste, frustrado o lo considere necesario</p> <p>Reflexionar en relación a sus inquietudes religiosas y espirituales, tratar de satisfacerlas.</p> <p>Aprender a reconocer y manejar el estrés.</p>

Fuente: Cuadro de procedimientos IMAN (Integración del Manejo de Adolescentes y sus necesidades) clínico. Noviembre 2008

Sistema de Referencia y Contra referencia

Cuando los/las adolescentes acuden a la consulta de acuerdo a lo que soliciten se sigue el siguiente flujo grama:



OCTAVO PASO: ORIENTACIÓN

El último y muy importante paso de la consulta es la orientación que se debe dar en base a las preocupaciones y necesidades del usuario/a.

Esta orientación debe estar referida en primer lugar a despejar dudas y preocupaciones acerca del motivo de consulta, así como a reforzar las indicaciones del tratamiento. Se debe realizar una orientación profunda dirigida a mejorar las habilidades de resolución de conflictos, elevar su autoestima o trabajar en los tópicos que se consideren necesarios.