

Sección: Comunicación especial

Avances registrados en Colombia durante 1991 sobre atención al adolescente

Alberto Rizo G., M.D., MSP¹, Josefina B. de Sotomonte²

ANTECEDENTES

Pese a que en Colombia no hay un programa general de atención al adolescente que incluya una serie variada de actividades en los campos social, económico y ambiental, es justo reconocer que a partir de 1989, se hizo mayor la evidencia sobre la necesidad que existía en el país de desarrollar acciones encaminadas a beneficiar a los jóvenes como grupo específico de edad.

El Gobierno colombiano reconoció ciertas experiencias aisladas de trabajo con adolescentes, sobre todo en el sector privado, pero con limitaciones en su cobertura, y luego consideró la posibilidad de iniciar la prestación de una atención más cuidadosa a los adolescentes en cuanto a sus necesidades particulares, por ejemplo, desarrollo físico, psicológico y social, promoción de salud y la prevención de la enfermedad, cuidado de la salud y recuperación de la misma, etc.

El desafío que lanzó la administración Gaviria a fin de crear las condiciones para que la juventud se hiciera socia activa en la cruzada emprendida por el ejecutivo sobre salvar a Colombia, comenzó en 1990 por vincular a este grupo de población a los organismos y grupos comunitarios que participan en la planeación y ejecución de programas. Igualmente, tomaron forma ciertos programas de la Consejería para la Juventud, la Mujer y la Familia, y se comenzaron a abrir espacios al adolescente con el objeto de ayudarlo a hacer menos difícil su transición hasta la etapa adulta.

Esta reseña tiene como finalidad continuar la documentación que se inició hace un par de años sobre los orígenes y evolución posterior del programa del Ministerio de Salud de atención a la salud integral del adolescente, como una contribución que habrá de facilitar más adelante la evaluación

de las distintas actividades emprendidas para dar forma y desarrollar este programa.

El origen del Subprograma de Atención a la Salud Integral del Adolescente del Ministerio de Salud, se remonta a marzo de 1988 cuando los asistentes al simposio-taller "Lineamientos en Salud Reproductiva y Tecnología Diagnóstica Perinatal" reunidos en Quirama, Municipio de Rionegro, Colombia, recomendaron "replantear la programación de actividades por parte del Ministerio de Salud, incluyendo al adolescente"¹.

Entre 1988 y 1990 se cumplieron una serie de actividades en distintos frentes, con la participación de numerosos profesionales colombianos vinculados a diferentes sectores del desarrollo. Se inició la elaboración de un diagnóstico sobre la situación del adolescente en Colombia con base en datos de estudios realizados en el país; se configuró un grupo en el Ministerio de Salud para que se encargara de hacer una propuesta de manual normativo; se seleccionaron 6 sitios para adelantar acciones a manera de "proyecto piloto" cuyos beneficiarios serían grupos de adolescentes; se aseguró la cooperación del Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), para financiar las nuevas actividades, etc. De estas actividades se informa en un documento preparado para el Ministerio de Salud por uno de los autores².

AÑO 1991

Durante 1991 el adolescente en Colombia se consolidó en forma definitiva como grupo objetivo en los planes de la administración. Para los fines de este trabajo, se pueden señalar tres grandes áreas donde las acciones emprendidas en favor del adolescente despejan de una vez, todas las dudas que pudiera haber sobre las decisiones del legislativo y del ejecutivo para dar pasos reales en beneficio de ese grupo especial de la población. Estas áreas son: la Constitución de 1991, la Consejería para la Juventud, la Mujer y la Familia y el Programa de Atención a la Salud Integral del Adolescente del Ministerio de Salud.

Lo afirmado hasta aquí no desconoce los esfuerzos hechos en

1. Consultor Independiente en Salud Reproductiva, Bogotá, Colombia.
2. Magister en Educación en Salud. Subdirección de Control de Factores de Riesgo Biológicos y del Comportamiento. Ministerio de Salud, Bogotá.

algunas ciudades del país o las labores cumplidas por organismos de sectores sociales en beneficio del adolescente durante el período que se reseña. El interés de los autores, se centra en destacar las realizaciones que mayor impacto causarán sobre 23% de la población en los años venideros, generados a partir de acciones que se emprendieron durante 1991.

CONSTITUCION DE 1991

La Constitución Política de 1991, aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente el 6 de julio de ese año estableció en su Artículo 45 lo siguiente: *"El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud"*³.

Es la primera vez en la historia constitucional de Colombia que se incluye al adolescente para asegurarle derechos fundamentales: vida, convivencia, trabajo, justicia, igualdad, conocimiento, libertad y paz, que si bien antes se tenían por otorgados, ahora se especificaron de tal manera que a nadie quede duda alguna sobre la vigencia que tienen y sobre el beneficio que habrán de traer a este grupo especial de la población.

El desarrollo de la legislación en los frentes social y económico deberá hacer eco del Artículo 45 de la Constitución y es de esperarse que en la última década de este siglo, se vean beneficios que hasta ahora han sido escasos en lo que al adolescente se refiere.

Consejería para la Juventud, la Mujer y la Familia, de la Presidencia de la República

La Consejería, creada en agosto de 1990, tuvo un presupuesto cercano a los siete mil millones de pesos, más donaciones recibidas de organismos de cooperación internacional. Como su nombre lo indica, los fondos de la Consejería financian proyectos en las áreas de la familia, la mujer y la juventud.

El joven, especialmente el que está expuesto a situaciones de riesgo, por estar fuera del sistema educativo formal, se benefició durante 1991 de la creación de las primeras Casas de la Juventud, en las zonas urbanas densamente pobladas, con el fin de convocarlos para que se integren alrededor de espacios que sientan como propios y desarrollar una serie de actividades que van desde la canalización de sus inquietudes, hasta la creación de oportunidades de empleo y formación de microempresas que sirvan para generar ingresos y mejorar su participación en el mercado laboral y de la producción.

La Consejería ha puesto especial énfasis en vincular los llamados líderes juveniles a sus programas, pues reconoce el valor de la participación y la credibilidad que tienen estos individuos entre sus pares. Los jóvenes que son miembros de pandillas y grupos que operan al margen de la ley, han sido invitados a participar con el fin de canalizar su rebeldía hacia causas que contribuyan al desarrollo pleno de sus potencialidades y al beneficio de sus semejantes.

Durante 1991, se dieron pasos concretos para poner en marcha la llamada Tarjeta del Joven, documento que habrá de otorgar a sus poseedores beneficios tangibles como acceso a certámenes culturales, descuentos a ciertos espectáculos, facilidades para afiliarse a actividades que emprendan organismos como Coldeportes, etc. La entrega de este documento, se ha iniciado en los grandes centros urbanos y recibirá un gran impulso en los días venideros.

Al mismo tiempo que se impulsaron las actividades mencionadas, se dieron pasos muy firmes para crear y poner en marcha, ahora sí al parecer en forma definitiva, un gran programa de educación sexual que cubra todo el país. Expertos nacionales y autoridades educativas, de salud y de bienestar iniciaron reuniones encaminadas a sentar las bases y diseñar las estrategias para impulsar esta educación como el programa que habrá de beneficiar a los adolescentes colombianos sin excepciones y les dé las bases para manejar su sexualidad de manera responsable y sin los problemas que han vivido sus progenitores.

OTROS DESARROLLOS CUMPLIDOS

- No se debe desconocer el hecho que tanto diversos organismos del sector privado, como entidades de Gobierno de carácter departamental y municipal, hicieron durante 1991, aportes importantes para beneficio de la población adolescente. Es innegable, p.e., que con el Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT), creado mediante el Decreto Ley 1032 de 1991, se dio un paso definitivo en la obligatoriedad de la atención en hospitales y clínicas de todo el país de los adolescentes accidentados. Recuérdese que el trauma, constituye la primera causa de egreso hospitalario en Colombia, en los grupos de 10 a 19 años.

- Profamilia, la entidad privada que ha contribuido en tan alto grado a difundir el conocimiento de los métodos anticonceptivos entre los colombianos y a facilitar su acceso a vastos sectores de la población, consolidó su programa de atención a adolescentes a través de sus clínicas de Bogotá, Cali y Medellín a las cuales acudieron jóvenes de todas las edades a informarse sobre aspectos de salud reproductiva y a conocer las

causas y consecuencias de problemas que afectan a numerosos jóvenes como las enfermedades sexualmente transmitidas y el embarazo indeseado a edades muy tempranas.

- Los resultados de la Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, realizada en 1990, se publicaron y se difundieron en Colombia durante 1991. La encuesta comprobó que dos terceras partes de las mujeres en edad reproductiva utilizaban los métodos anticonceptivos y que la esterilización era el método preferido para limitar el tamaño de las familias. Al mismo tiempo que se registraron tales resultados, se constató que la fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años de edad seguía siendo preocupantemente elevada, en especial en los departamentos de las dos costas colombianas. Igualmente se constató que era muy baja la prevalencia del uso de anticonceptivos eficaces entre las adolescentes sexualmente activas.

- De otra parte, los gobiernos de Cali, Medellín y Bogotá, impulsaron planes para ampliar la atención en salud oral preventiva y asistencia médica general por medio de las redes de servicios de las respectivas secretarías de salud.

- Niños y jóvenes matriculados en las escuelas del Municipio de Cali, recibieron seguros de vida gratuitos y se mejoró en forma notable la cobertura de riesgos por accidentes, iniciada en años anteriores.

- El Banco Social, creado mediante iniciativa de la esposa del Presidente de la República, señaló que dará prioridad a proyectos que benefician la salud oral, visual, auditiva y a los limitados físicos, muchos de los cuales son adolescentes.

Los avances anteriores se consignan en este relato no con el fin de señalar que fueron los más importantes, sino para ilustrar ejemplos de acciones que poco a poco se empezaron a tomar por las administraciones nacional, departamental y municipal para dar respuesta a las necesidades que tienen grupos marginados de la población, entre los que se cuentan los adolescentes y que hasta hace pocos años, recibían poca o ninguna atención por parte del Gobierno.

PROGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD SOBRE ATENCION A LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

a. Durante 1991, el Programa de Atención a la Salud Integral del Adolescente, se reubicó dentro de la nueva estructura del Ministerio de Salud dada por el Decreto N° 1471 de julio 9 de 1990⁴. Hasta comienzos de 1992 el comando central de las actividades del adolescente se encontraba en la División

Materno-Infantil. Al desaparecer ésta e incorporar sus labores como parte de las que desarrollará en adelante la Subdirección de Control de Factores de Riesgo Biológicos y del Comportamiento, las actividades del Programa de Salud Integral del Adolescente, se asignaron a personal de esta subdirección y se conformó un grupo multidisciplinario que se encargará de su dirección general.

b. Durante los primeros 6 meses del año se continuó la entrega de los elementos ofrecidos en el convenio suscrito entre el Ministerio de Salud y el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP) firmado en años anteriores con 6 ciudades: Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga, Barranquilla y Cartagena. El Ministerio de Salud dio computadores, un vehículo, dotación para consultorios y otros elementos básicos para mejorar la calidad de la atención.

c. Visitas a las ciudades que desarrollan actividades financiadas con fondos del FNUAP en favor del adolescente. El personal de la Subdirección fue a todas las 6 ciudades para proporcionar asistencia técnica a los funcionarios municipales encargados de dirigir las labores en beneficio del adolescente. Se distribuyeron copias preliminares del Manual de Procedimientos, se observó el progreso alcanzado y se comprobó la necesidad de enfatizar la capacitación del personal tanto de nivel directivo como de nivel operativo en cada una de las capitales participantes.

d. Manual de Procedimientos para atender a la salud integral del adolescente⁵. Durante buena parte de 1991, se revisó y se actualizó este Manual cuyos destinatarios finales son las personas que adelantan actividades para el adolescente en los organismos locales de salud. El Manual había sido revisado en Bogotá en diciembre de 1990, por un grupo de expertos nacionales quienes dieron sus sugerencias sobre contenido, organización y grado de detalle.

Este documento consta de un poco más de 100 páginas y tiene 4 capítulos así:

- Capítulo 1. Los fundamentos, objetivos, estrategias y programación del programa.
- Capítulo 2. Actividades de fomento, promoción, capacitación y educación en salud.
- Capítulo 3. Atención propiamente dicha del adolescente en organismos de salud.
- Capítulo 4. Sistema de referencia del adolescente en la red de servicios.

El Manual tiene una lista completa de anexos donde se incluyen modelos de historia clínica, tablas para evaluar del

crecimiento físico, formatos de carné, etc. Se perfeccionó durante 1991 y se entregó a todas las personas que tienen bajo su responsabilidad directa organizar y poner en marcha el programa en las ciudades participantes.

e. Capacitación en el uso del Manual para las 6 ciudades. A finales de agosto de 1991 se llevó a cabo en Cartagena un taller de 3 días para capacitar al personal las 6 ciudades donde se desarrollan las actividades del Programa de Salud Integral del Adolescente. Este suceso cumplió dos propósitos importantes: el primero, integrar a los participantes y hacerles partícipes del esfuerzo que realizaban sus colegas en otras ciudades frente al adolescente; el segundo, dar a conocer en forma detallada el Manual de Procedimientos y la manera cómo se procedería a partir de ese momento para capacitar al personal de nivel operativo de cada ciudad. Además, se les repartieron copias actualizadas del Manual.

f. Capacitación para el personal de 8 ciudades capitales sobre salud del adolescente. El interés despertado en el país por las actividades que apoya el Ministerio de Salud en las ciudades iniciales, hizo que la Subdirección de Factores de Riesgos Biológicos y del Comportamiento recibiera del personal de los servicios de salud de otros departamentos, una demanda poco común, de capacitación en aspectos básicos de salud del adolescente.

Por esto se organizó un curso de 5 días en Manizales, en de octubre de 1991. Asistieron funcionarios de salud de San Andrés, Cúcuta, Popayán, Pereira, Armenia, Tunja, Neiva y Manizales. Los participantes a este taller tuvieron la oportunidad de observar el desarrollo y los avances del Programa de Salud del Adolescente en el Servicio de Salud de Caldas y la Secretaría Municipal de Salud de Manizales.

Se entregó un amplio surtido de material audiovisual, se hicieron sesiones con participación amplia de jóvenes de la ciudad, personal de la Secretaría de Educación, funcionarios de la Universidad de Caldas, del Servicio Seccional de Salud y de la Secretaría Municipal de Salud de Manizales.

La evaluación del Taller mostró que los objetivos propuestos los organizadores se cumplieron en forma exitosa y que en casi todos los participantes quedó una motivación adecuada para tratar de duplicar el ejemplo de la capital de Caldas.

Se aclara que el Programa de Manizales se inició hace 3 años mediante apoyo económico de la Fundación Pathfinder de los Estados Unidos al Servicio Seccional de Salud de Caldas y que ha tenido la participación del propio Servicio de la Escuela de Auxiliares de Enfermería y del Departamento de Salud

Mental de la Universidad de Caldas.

g. Seminarios itinerantes para capacitar de recursos humanos sobre atención a la salud integral del adolescente. En Colombia, donde la prioridad en atender de la salud se ha centrado en los grupos de madres y en los menores de 5 años, no es raro que el personal de los servicios y quienes trabajan en los organismos locales de salud, tengan deficiencias o desconozcan los aspectos básicos de las labores que se deben realizar con grupos de adolescentes.

Para subsanar tales limitaciones la Subdirección de Riesgos Biológicos y del Comportamiento del Ministerio de Salud, conformó equipos de 2 ó 3 profesionales y los desplazó a las diversas ciudades que desarrollaban actividades de atención al adolescente, con el fin de reforzar a los funcionarios locales que hacían la capacitación en salud del adolescente.

El Taller de Capacitación incluyó las siguientes unidades:

- Crecimiento y desarrollo durante la adolescencia.
- Fundamentos legales y administrativos de la atención al adolescente por parte de los servicios de salud.
- Salud reproductiva durante la adolescencia.
- Enfermedades de transmisión sexual y el adolescente.
- Violencia y accidentalidad durante la adolescencia.
- Aspectos preventivos sobre alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.
- Rendimiento escolar.

A finales de 1991, se capacitaron entre 100 y 120 personas que estaban listas para colaborar en el desarrollo del programa de salud integral del adolescente en las 6 ciudades más importantes de Colombia. Además, se adiestró a miembros del Servicio Seccional de Salud de San Andrés y se hacían planes para incluir también a funcionarios de Puerto Boyacá en el Magdalena Medio.

CONCLUSIONES

Lejos de mostrar desfallecimiento pese a las dificultades que a cada momento registró Colombia durante 1991, las actividades en favor de los adolescentes colombianos recibieron ese año un gran impulso. Es cierto que las acciones emprendidas no incluyen una masa importante de la población beneficiaria y que pese al esfuerzo adelantado, se observan vacíos, imperfecciones y necesidades para las cuales los recursos existentes son aún muy escasos. La evaluación de los avances logrados todavía está pendiente. Se deja constancia del entusiasmo que mostraron todas las personas de la administración en sacar adelante las actividades programadas para beneficio de los

adolescentes colombianos. Los cambios que traerán consigo los nuevos presupuestos municipales y el interés enorme del personal de salud por incluir al adolescente entre los programas de las nuevas administraciones, son motivos que alienan la esperanza de mejores días por llegar en los años venideros.

REFERENCIAS

1. *Lineamientos en salud reproductiva y tecnología diagnóstica perinatal*. Memorias del Simposio/Taller. Ministerio de Salud de Colombia, Servicio Seccional de Salud de Antioquia, Agencia de

- Cooperación Internacional del Japón, JICA.
2. Rizo, A. *Antecedentes y desarrollo del subprograma de atención integral al adolescente en el Ministerio de Salud Pública* (mimeografiado). Taller de Expertos sobre el Manual de Procedimientos, Bogotá, 1990.
3. *Constitución Política de la República de Colombia*. Asamblea Nacional Constituyente. Bogotá, julio de 1991.
4. Ministerio de Salud. *Decreto N° 1471 de julio 9 de 1990*.
5. *Manual de procedimientos para la prestación de servicios del subprograma de atención integral al adolescente*. Agosto, 1991. Ministerio de Salud, Subdirección de Control de Factores de Riesgo Biológico y del Comportamiento.

• • • • •

Panorama conceptual y antecedentes de los sistemas de información en salud

Alberto Alzate S., M.D.*

RESUMEN

Pese a los avances logrados en la tecnología de las comunicaciones y en la ciencia de la informática, en Colombia, como en la mayoría de los países subdesarrollados, los datos disponibles en el campo de la salud y lo relacionado con ella, son generalmente escasos, de difícil acceso, y de pobre calidad. Un Sistema de Información en Salud (SIS) tiene 2 usos primordiales: determinar la cantidad y calidad de los servicios de salud que se deben brindar a una población determinada; y servir de base para las decisiones financieras que implica el paso anterior. El SIS tiene 4 componentes interrelacionados estrechamente: un sistema de registro de estadísticas vitales, un sistema de vigilancia epidemiológica, un sistema de monitoreo y evaluación administrativa y un sistema de redes para difundir la información. El punto clave para el éxito de todo SIS es la participación de los usuarios en el diseño del sistema mismo. En Colombia, con el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS), se presenta una oportunidad magnífica para comprometer a la comunidad en la planeación de su SIS e incorporar al sistema indicadores realistas que se basan en las metas comunitarias.

Cuando se habla de sistemas de información en salud, se repite de manera constante que son "una combinación de estadísticas vitales y de salud que provienen de fuentes diferentes, y se utilizan para generar informaciones acerca de las necesidades de salud, los recursos, los costos, el empleo y el impacto de los servicios de salud en la población de una determinada área geográfica"¹.

Los expertos en sistemas enfatizan que las organizaciones son "esencialmente canales para el flujo de información, ideas e influencias, con el propósito de tomar decisiones y ejecutar acciones"². Por lo general se representa el sistema de información como un proceso permanente de recolección, procesamiento, transmisión, presentación, interpretación, uso y apli-

cación de la información para la toma de decisiones, redefinición de objetivos, recursos y estructuras de la organización (Figura 1).

Un modelo de sistema de información en salud incorpora generalmente 4 subsistemas: registro de estadísticas vitales, vigilancia epidemiológica de enfermedades seleccionadas, evaluación y control de programas y difusión y educación continua.

El registro de estadísticas vitales de una localidad incorpora los nacimientos y defunciones de su jurisdicción en forma regular a una contabilidad social que permite disponer en cualquier momento de tasas de natalidad, fecundidad y mortalidad por edad, sexo, y causa en el caso de la mortalidad. Desde 1749 Gottfried, citado por Eylenbosch & Noah³, introdujo el

* Profesor Titular, Departamento de Microbiología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.