

Editorial

¿Es posible una atención primaria «amigable para las/los jóvenes» en España?



Is youth-friendly primary care feasible in Spain?

Isabel Goicolea^{a,b,*}, Elena Aguiló^c y Juan Madrid^d^a Unit of Epidemiology and Global Health, Department of Clinical Medicine and Public Health, Umeå University, Umeå, Sweden^b Grupo de Investigación en Salud Pública, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, Alicante, España^c Medicina de Familia y Comunidad, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Madrid, España^d Centro Madrid Salud Joven, Madrid, España**La salud de la juventud y los servicios sanitarios**

La juventud es una época de plenitud, pero también una etapa en la que las personas están más expuestas a morbilidad y mortalidad por accidentes, violencia, abuso de sustancias y problemas relacionados con la salud reproductiva y la salud mental¹⁻⁸. España no es una excepción a este patrón: cerca de la mitad de las muertes en la población de 15 a 29 años de edad son por causas externas (principalmente accidentes de tráfico), y el suicidio constituye la tercera causa de muerte en este grupo. El 21,7% de las/los jóvenes fuman, el consumo intensivo de alcohol ha aumentado y el 20% de las/los jóvenes declaran carecer de información de calidad sobre salud sexual^{6,9}. En nuestro país, como en otros, la juventud no constituye un grupo homogéneo: la salud y el acceso a los servicios sanitarios varían de acuerdo con factores como el nivel socioeconómico, el género o la etnia¹⁰. En este artículo vamos a utilizar la definición de joven de la Organización Mundial de la Salud (OMS): toda persona entre 15 y 24 años de edad. Somos conscientes de que esta definición conlleva una simplificación que puede invisibilizar aspectos como la diversidad de experiencias, las distintas definiciones de adolescencia y juventud según las legislaciones, las diferencias entre los rangos de edad y las diferencias en la construcción de la adolescencia y la juventud en las distintas sociedades y culturas.

En cuanto a intervenciones de salud, es especialmente importante destacar que las dirigidas a jóvenes resultan beneficiosas no solo a corto plazo sino también a largo plazo: las conductas saludables iniciadas durante la adolescencia y la juventud es más probable que se mantengan durante la edad adulta^{2-4,11}.

El estado de salud de las/los jóvenes depende de factores como el estatus socioeconómico y el empleo, la educación y los factores ambientales, y también del acceso a los servicios sanitarios y a información de la salud. Los servicios sanitarios, además de los educativos, las políticas de empleo y otros sectores, pueden tener un impacto beneficioso en la salud de la gente joven, a través de proveer información, promover conductas saludables y ofrecer tratamientos para aquellos/as jóvenes con problemas de salud, especialmente para quienes se encuentran en situación de mayor

vulnerabilidad^{2-4,12-15}. Siempre va a haber encuentros entre adolescentes/jóvenes y profesionales sanitarios (por morbilidad, por chequeos de salud, en actividades preventivas), pero del enfoque que sigan estos servicios va a depender mucho el impacto que tengan en las conductas de la juventud en temas relacionados con la salud. En definitiva, para que los servicios sanitarios sean beneficiosos, deberían ser accesibles, aceptables, equitativos, apropiados y efectivos para los diversos grupos de jóvenes, tal y como establece la OMS^{3,4}. A esto llamamos servicios de salud «amigables para las/los jóvenes».

Los servicios de salud amigables para jóvenes pueden ofertarse en una variedad de modelos: servicios diferenciados y especializados para jóvenes, acciones comunitarias, servicios sanitarios dentro de las instituciones educativas o servicios integrados dentro de los establecimientos de salud; en este último modelo se centra este editorial. Los servicios de salud amigables para jóvenes deben basarse en políticas no restrictivas, responder a las necesidades de las/los jóvenes con confidencialidad y sin prejuicios, fortalecer la participación juvenil, promover el diálogo con la comunidad, coordinarse con otros servicios e implementar actividades preventivas y comunitarias fuera de los servicios^{3,16}. La salud de las personas jóvenes depende de múltiples sectores, y por lo tanto la coordinación del sector sanitario con otros es clave, especialmente con el sector educativo.

A pesar de que la investigación demuestra que implementar servicios de salud amigables para jóvenes es una intervención que no requiere grandes inversiones económicas¹⁷ y que puede contribuir a mejorar la salud de este grupo, los sistemas sanitarios no han generalizado tal enfoque. Incluso en países con sistemas sanitarios bien desarrollados, los servicios de salud amigables para jóvenes no suelen ser priorizados y los profesionales sanitarios reciben escasa formación y guía en este tema^{2,4,12,14,18,19}. No estamos, desde luego, ante una prioridad institucional.

La atención primaria y la integración de servicios amigables para la gente joven

Dentro del sistema sanitario, la atención primaria parecería el espacio más adecuado para integrar los servicios de salud amigables para jóvenes. La literatura muestra que entre el 60% y el 90% de las/los jóvenes contacta con su médico/a de familia al menos una

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: goicolea@epih.umu.se (I. Goicolea).

Tabla 1
Criterios para garantizar unos servicios de salud amigables para jóvenes (adaptada de ref. 4), oportunidades de la atención primaria en España para implementarlos y aspectos que sería necesario mejorar o transformar

Criterios	Oportunidades	Aspectos a transformar
<i>Accesibilidad</i> Gratuidad Horarios convenientes Información Promoción comunitaria	El sistema universal de salud gratuita favorece el acceso de las personas jóvenes a los servicios. El sistema sanitario es percibido favorablemente por la población. Los horarios son amplios y convenientes. La elección de profesionales no está ligada a la elección que realicen los padres. Atención primaria garantiza la continuidad de la relación con el centro y el profesional.	No se percibe la atención primaria como un espacio para responder a las necesidades de salud de la juventud. El trabajo comunitario está poco institucionalizado. Escasa priorización de las necesidades de salud de la gente joven.
<i>Aceptabilidad</i> Confidencialidad Actitudes profesionales Privacidad Empatía Tiempos de espera Veeduría Participación	El enfoque de atención primaria está centrado en la persona y por tanto debe garantizar privacidad, provisión de información, empatía, no juzgar y confidencialidad. Esto es en especial cierto para profesionales con esa formación específica. Ciertas leyes garantizan confidencialidad y autonomía de adolescentes y jóvenes (Ley 41/2002).	Las leyes que garantizan la confidencialidad en menores no son bien conocidas. La carga de trabajo dificulta atender con poco tiempo de espera y dedicando tiempo suficiente. No todos los profesionales que trabajan en atención primaria implementan el enfoque de atención centrada en la persona. La participación de jóvenes en temas de salud y sanitarios está poco desarrollada. Dificultad de la atención a demanda y horarios poco asequibles para jóvenes.
<i>Equidad</i> Políticas y procedimientos Trato de profesionales No discriminación	Un sistema universal de salud que asegura la gratuidad favorece el acceso más equitativo a servicios sanitarios para todas las personas jóvenes.	Decretos y políticas que limitan el acceso de ciertos grupos de jóvenes (por ejemplo, el Real Decreto-Ley 16/2012). La heteronormatividad y las desigualdades de género pueden limitar el acceso de ciertos grupos.
<i>Servicios apropiados</i> Coordinación con otros servicios Redes de referencia Respuesta adecuada Mejora continua	Los equipos de atención primaria son multidisciplinares. Los equipos de atención primaria pueden coordinar con otros servicios/sectores, en especial a través de las/los trabajadoras/es sociales. En algunas comunidades autónomas existen trabajos coordinados con centros educativos.	El trabajo en equipo no está fortalecido institucionalmente y depende más de la motivación de cada persona y de cada centro. No hay tradición de trabajo coordinado con organizaciones juveniles o instituciones de juventud. Los recortes en servicios sociales y sanitarios dificultan la coordinación.
<i>Efectividad</i> Competencias necesarias Protocolos Equipamiento e insumos	Los equipos de atención primaria combinan diferentes experiencias. Existen protocolos y guías para la atención a adolescentes y jóvenes como parte de la acción preventiva. Los equipos y los insumos necesarios para los servicios de salud amigables para jóvenes no son costosos y están disponibles. En algunas localidades existen servicios diferenciados para jóvenes con los que se podría coordinar la atención.	No existe especialización en medicina de adolescentes/jóvenes en España ni formación específica para profesionales. La atención adecuada a adolescentes y jóvenes requiere un enfoque centrado en la persona, que no siempre se implementa en atención primaria. Área de salud de adolescentes/jóvenes no priorizada en los programas de formación continuada institucional.

vez al año⁴; en España, este porcentaje es del 76% entre las chicas y del 63% entre los chicos⁶.

Los criterios que debe cumplir la atención primaria (ser puerta de entrada al sistema, accesibilidad, continuidad, integralidad, coordinación, enfoque familiar y orientación comunitaria)^{20,21} guardan claros paralelismos con los criterios de los servicios de salud amigables para jóvenes. Las necesidades de salud de la gente joven son variadas y demandan un enfoque integral, biopsicosocial y centrado en las personas. Los profesionales de primaria están más preparados para responder a estas necesidades, porque tienen más experiencia en incorporar estos enfoques en su trabajo diario²².

Sin embargo, la literatura también muestra que hay numerosos obstáculos que dificultan el acceso de la gente joven a los servicios de atención primaria. Por un lado, las personas jóvenes son más renuentes que las personas adultas y que las/los niñas/os a acudir a los servicios sanitarios, tienden a no contar su «problema de salud real» y tienen mayores dudas con respecto a temas de privacidad y confidencialidad^{4,8,22-24}. Por otro lado, las/los profesionales sanitarias/os tienden a asignar menos prioridad a la atención de jóvenes cuando la carga de trabajo es alta, tienen menos preparación en estos temas y los servicios a veces no tienen horarios o ubicaciones que faciliten el acceso de las/los jóvenes^{7,22}. En España, los motivos de consulta de la gente joven en atención primaria son en general por patologías «orgánicas», mientras que este colectivo acude poco

en busca de información, por temas preventivos o de promoción de la salud⁶.

Las estrategias propuestas para transformar los centros de atención primaria en servicios de salud amigables para jóvenes no requieren grandes desembolsos económicos, pero sí importantes cambios en los enfoques y en la organización de los servicios. Los expertos sugieren, por ejemplo, adaptar los horarios y el sistema de citas, asegurar la privacidad desde el momento de la recepción, visibilizar las políticas de confidencialidad, asegurar que los profesionales están formados en salud de adolescentes y jóvenes, asegurar actitudes «amigables» (no juzgar, empatía, respeto a la autonomía), establecer redes de coordinación e implementar sistemas para recoger sugerencias de las personas jóvenes y para monitorizar los progresos^{1,4,7,12,14,25}. Se recomienda comenzar con pequeñas iniciativas, dar tiempo para que el servicio se conozca e ir creciendo según los resultados^{7,25}.

Atención primaria y servicios de salud amigables para jóvenes en España: oportunidades y desafíos

En España se espera que en los centros de atención primaria las/los médicas/os de familia, enfermeras/os, matronas/es, pediatras y trabajadoras/es sociales trabajen en equipo con una atención centrada en la persona, que se constituye en un escenario favorable a la integración de los servicios de salud amigables para jóvenes. Sin

embargo, la realización del enfoque de atención primaria en España afronta varias dificultades, exacerbadas en los últimos años por los recortes en el gasto social²⁶. Los tiempos de consulta han disminuido, los recursos continúan siendo limitados (en comparación con los destinados a los servicios especializados), la burocracia no se ha reducido y los servicios priorizan lo curativo sobre lo promocional y comunitario²⁷⁻²⁹. Este escenario supone un desafío para la integración de intervenciones biopsicosociales, tales como los servicios de salud amigables para jóvenes. Como puede verse en la **tabla 1**, la atención primaria española ofrece numerosas oportunidades para facilitar la implementación de servicios de salud amigables para jóvenes, pero existe también un número importante de aspectos que habría que transformar.

Es importante destacar que a pesar del limitado apoyo institucional hacia las actividades comunitarias y preventivo-promocionales (que también varía mucho de unas comunidades autónomas a otras), y de los efectos de los recortes en las condiciones laborales y la motivación de los profesionales de atención primaria, existen equipos y profesionales de atención primaria en España que desarrollan iniciativas interesantes en trabajo comunitario y de promoción de la salud, incluyendo servicios de salud amigables para jóvenes (véase, por ejemplo, el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la semFYC; <http://www.pacap.net/pacap/buscador-rac/>). Aunque no enmarcadas dentro de la red de atención primaria, hay también experiencias muy interesantes de servicios diferenciados para adolescentes y jóvenes dependientes de ayuntamientos, consejerías u ONG en varios lugares de España³⁰. Es importante destacar que muchas de estas iniciativas integran diferentes formas de coordinación entre el sector sanitario y los centros educativos; la oferta de servicios de salud amigables para jóvenes desde atención primaria supone una oportunidad para concretar espacios de actuación conjunta para responder a las necesidades actuales de la gente joven. La existencia de estas iniciativas, aunque puedan considerarse muy circunscritas y de impacto limitado, permite también pensar que es posible implementar algunas de las transformaciones recogidas en la **tabla 1**. Sin embargo, estas experiencias no pueden consolidarse ni ampliarse a otros centros si no existe el apoyo de los niveles directivos y la voluntad para fortalecer una atención primaria centrada en las personas.

Contribuciones de autoría

I. Goicolea fue la proponente de la idea y quien organizó la estructura y desarrolló el primer borrador del editorial. E. Aguiló y J. Madrid participaron en conceptualizar el trabajo, revisaron críticamente varios borradores y aprobaron la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de interés

Ninguno.

Bibliografía

1. Sundby J. Young people's sexual and reproductive health rights. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20:355-68.
2. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, et al. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*. 2007;369:1220-31.
3. World Health Organization. Making health services adolescent friendly. Developing national quality standards for adolescent-friendly health services. Geneva: World Health Organization; 2012. p. 56.
4. Tylee A, Haller DM, Graham T, et al. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done. *Lancet*. 2007;369:1565-73.
5. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369:1302-13.
6. INJUVE. Informe de la Juventud en España. Madrid: Instituto de la Juventud; 2012. 398 p. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012.0.pdf>
7. Anderson JE, Lowen CA. Connecting youth with health services: systematic review. *Can Fam Physician*. 2010;56:778-84.
8. Haller DM, Sanci LA, Patton GC, et al. Toward youth friendly services: a survey of young people in primary care. *J Gen Intern Med*. 2007;22:775-81.
9. Larranaga I, Martin U, Bacigalupe A. Sexual and reproductive health and the economic crisis in Spain. *SESPAS report 2014*. *Gac Sanit*. 2014;28 (Supl 1):109-15.
10. Font-Ribera L, García-Continente X, Davo-Blanes MC, et al. The study of social inequalities in child and adolescent health in Spain. *Gac Sanit*. 2014;28:316-25.
11. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012;379:1630-40.
12. Braeken D, Rondinelli I. Sexual and reproductive health needs of young people: matching needs with systems. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119 (Suppl 1):S60-3.
13. Chandra-Mouli V, Greifinger R, Nwosu A, et al. Invest in adolescents and young people: it pays. *Reprod Health*. 2013;10:51.
14. Baltag V, Mathieson A. Youth-friendly health policies and services in the European Region. Copenhagen: World Health Organization; 2010.
15. Resnick MD, Catalano RF, Sawyer SM, et al. Seizing the opportunities of adolescent health. *Lancet*. 2012;379:1564-7.
16. Haller DM, Meynard A, Pejic D, et al. YFHS-WHO+ Questionnaire: validation of a measure of youth-friendly primary care services. *J Adolesc Health*. 2012;51:422-30.
17. Deogan C, Ferguson J, Stenberg K. Resource needs for adolescent friendly health services: estimates for 74 low- and middle-income countries. *PLoS ONE*. 2012;7:e51420.
18. Bender SS, Fulbright YK. Content analysis: a review of perceived barriers to sexual and reproductive health services by young people. *Eur J Contracep Reprod Health Care*. 2013;18:159-67.
19. Jejeebhoy SJ, Zaviera A, Santhya K. Meeting the commitments of the ICPD programme of action to young people. *Reprod Health Matters*. 2013;21:18-30.
20. Starfield B. Primary care: balancing health needs services and technology. London: Oxford University Press; 1998. p. 439.
21. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. 2005;83:457-502.
22. Hetlevik O, Haug K, Gjesdal S. Young people and their GP: a register-based study of 1717 Norwegian GPs. *Fam Pract*. 2010;27:3-8.
23. Cullen W, Broderick N, Connolly D, et al. What is the role of general practice in addressing youth mental health? A discussion paper. *Ir J Med Sci*. 2012;181:189-97.
24. Pérez-Cárceles MD, Pereniguez JE, Osuna E, et al. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction. *J Med Ethics*. 2006;32:329-34.
25. Goicolea I, Coe A-B, Hurtig A-K, et al. Mechanisms for achieving adolescent-friendly services in Ecuador: a realist evaluation approach. *Global Health Action*. 2012;5:18748.
26. Legido-Quigley H, Otero L, La Parra D, et al. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*. 2013;346:f2363.
27. Gervas J, Pérez Fernández M, Sánchez Sánchez RJ. Longitudinality, prestige, good reputation (social and professional) and general/family medicine. Clinical and public health aspects. *SESPAS Report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26 (Supl 1):52-6.
28. Simo J, Gervas J. Health expenditure on primary care in Spain: not enough to provide attractive services to patients and health professionals. *SESPAS Report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26 (Supl 1):36-40.
29. Martín García M. La atención primaria, antes y después de la Ley General de Sanidad. En: Palomo L, editor. Treinta años del sistema sanitario español (1981-2011). Madrid: FADSP: Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.; 2011. p. 183-92.
30. Madrid J, Hernández Martín D. Centro Madrid Salud Joven. La promoción positiva en la adolescencia. *Pediatría Integral*. 2008;12:7-15.