

Los cambios epocales son un trasfondo clave para el surgimiento de políticas públicas de adolescencia y juventud. El modelo económico globalizado ha modificado el mercado laboral y contribuye al incremento de la brecha social hacia el interior de los países latinoamericanos; ya no puede desconocerse que sus juventudes son heterogéneas y están expuestas a diversos grados de exclusión. Por otro lado, la modernización ha contribuido a la prolongación de la vida. Todo ello impacta tanto en el posicionamiento juvenil como en la situación adulta, en las sociedades del siglo XXI. Sin la inclusión de las juventudes contemporáneas, no es posible la democracia, ni el desarrollo equitativo de las sociedades.

La fase juvenil ocupa, en el ciclo vital, un número creciente de años, la pubertad se da a edades más tempranas y la vida adulta se prolonga en el contexto de la velocidad de los cambios por lo que ya no es un período estable, sino que está sujeta a importantes transformaciones. La flexibilidad juvenil para incorporar los conocimientos y para aportar a la innovación se valoriza. Las juventudes contemporáneas se afirman, cada vez más, en sus identidades juveniles.

El avance de la atención de la salud para la adolescencia ha sido vigoroso en los últimos tiempos. Enfrenta, aún, desafíos considerables para alcanzar el lugar requerido en los servicios y las políticas. Su desarrollo ha permitido confrontar enfoques conceptuales y metodológicos. Ha demandado reconocer que los paradigmas tradicionales eran insuficientes para integrar el desarrollo de sus sociedades y para fomentar la calidad de vida de las personas en edades estratégicas del ciclo vital. El abordaje adecuado de esta población ha mostrado, también, la estrechez de un enfoque puramente sectorial en la atención de su salud, y ha promovido alianzas estratégicas que amplían los escenarios de las intervenciones, así como perspectivas que demandan la articulación de políticas que sustenten los programas. En este sentido, es importante para los programas de salud de la adolescencia, considerar la actual existencia de Políticas y Planes de Acción de Juventud, así como las iniciativas que se presentan para su formulación. Las Leyes de Juventud son un instrumento estatal de respaldo, que, a menudo, identifican los sistemas de juventud, y han favorecido la construcción conjunta de políticas entre los entes gubernamentales y las juventudes. La Convención de los Derechos del Niño y, recientemente, la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes dan un marco de referencia fundamental a estas tendencias. Los Programas de Salud para la adolescencia y la juventud deben estar incluidos en el marco mencionado.

El presente trabajo revisa esta problemática y procura sistematizar los referentes clave en la construcción de las políticas y programas dirigidos a la salud de la adolescencia y juventud.

### 1. La edad en las políticas y programas de Adolescencia y Juventud

El referente etéreo es un elemento imprescindible (aunque en ningún caso, suficiente) en la definición de los grupos meta de políticas y programas. Los cortes etéreos, sin embargo, no dejan de ser un problema para las articulaciones sectoriales, para las definiciones de la autonomía de los y las adolescentes relacionadas con el acceso a servicios vinculados a la vida sexual, y el establecimiento del derecho a la confidencialidad. En el caso de las políticas públicas de salud juvenil, la edad es un factor indefinido que conspira contra su atención sistemática.

En el campo normativo, la Convención de los Derechos del Niño constituye un avance al aplicar el enfoque de los derechos a las personas hasta los 18 años, si bien cabe destacar que no se menciona a los adolescentes. Tal situación se modifica cuando se crean, en el marco de la Doctrina de la Protección Integral, instrumentos legales derivados de la mencionada Convención, como la Ley de Justicia Penal Juvenil y los códigos de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, en los cuales se considera adolescentes a las personas que entran en el rango que está entre los 12 y los 18 años. Nuevamente, aquí aparecen problemas, en especial, en la ley penal juvenil. La dificultad de implementar un enfoque de derechos ha llevado en varios países a reducir a los 14 años la edad de imputabilidad, privilegiando un enfoque punitivo por sobre uno de desarrollo.

El sujeto juvenil comparte la condición socio-jurídica con la población menor de 18 años, pero, a partir de este límite, generalmente, ha adquirido el estatus de la ciudadanía formal. Desde los 18 años (por alcanzar, legalmente, la mayoría de edad), las personas son juzgadas como adultas, reflejando la ambigüedad del sujeto juvenil y favoreciéndose su invisibilización en la programación social. Es bastante

---

<sup>1</sup> Por publicarse

<sup>2</sup> Magister en Psicología Clínica. Académica U. de Chile y U. del Desarrollo. Profesora Emérita U. de Costa Rica. E mail:dina.krauskopf@gmail.com

común que quede subsumido o desvanecido en las propuestas, en la categoría de adulto. Así, las particularidades de este grupo tienden a diluirse en un diseño de política social, económica y laboral dirigida al conjunto de la población adulta sin distingo alguno (Krauskopf y Mora, 2000). Por lo tanto, es importante reconocer que, pese a los avances en el plano normativo de los derechos y en el desarrollo de algunos programas, se aprecian inconsistencias asociadas al carácter dual del sujeto juvenil, que fragmentan el reconocimiento de sus identidades y debilitan la atención a su desarrollo social.

El planteamiento de políticas de juventud, contempla el segmento poblacional que promedia sus límites cronológicos entre los 18 y los 30 años (en América Latina se encuentran diversos límites que llegan a tener como mínimo los 12 años y como máximo los 35 años). La oferta pública en salud está, principalmente, dirigida al período adolescente. La existencia de programas de adolescencia, contribuye al desarrollo de la juventud, pero no alcanza períodos cruciales de la vida de las personas jóvenes, las que, en el campo de la salud, pasan a ser incorporadas al segmento adulto. Las categorías de la OMS contemplan a la juventud, si bien presentan una superposición etárea, pues se plantea que la adolescencia va de los 10 a los 19, y la juventud, de los 15 a los 24. El quinquenio entre los 15 y los 19 entra en ambas denominaciones. En estas condiciones, la juventud engloba la adolescencia, pero la adolescencia no engloba la juventud, lo que tiene consecuencias sociopolíticas. La Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes ubica al sujeto juvenil entre los 15 y los 24 años.

Últimamente, en Costa Rica se reconoce la necesidad de ampliar el grupo meta de su Programa de Atención Integral a la Salud en la Adolescencia, a los 24 años y 11 meses, aún cuando ello no se ha implementado. Las bases programáticas del Programa señalan la importancia del grupo de 20 a 24 años: «...en su gran mayoría, parecen no haber podido finiquitar las tareas propias de la adolescencia, que se supone que marcan el término de esta etapa del ciclo de vida, y comparten muchas de las necesidades de los menores de 19 años, no encontrando respuestas a éstas en los Programas de Salud del Adulto» (CCSS, 2002). En Chile, la Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015, cubre de los 10 a los 24 años. En la Argentina, se considera adolescentes a los que se encuentran entre los 10 y los 19 años.

## **2. El reconocimiento del sujeto juvenil en las políticas**

La ausencia de una programación social que integre, articuladamente, la fase juvenil, puede ser considerada parte de una crisis social que incluye la fractura de los paradigmas y de los supuestos que sostienen el modelo de adolescencia y juventud. Las políticas que conciernen a la juventud se han expresado tanto en omisiones como en afirmaciones y en políticas implícitas.

A continuación presentamos los modelos de adolescencia y juventud que sostienen las políticas tradicionales y avanzadas, así como los abordajes que derivan de ellas.

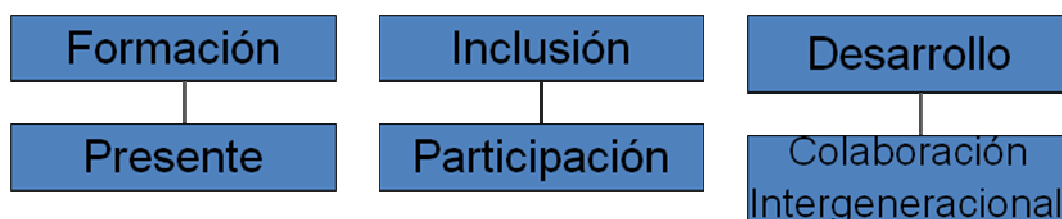
## Adolescencia en las políticas

### PARADIGMAS TRADICIONALES

DK.2012



### PARADIGMAS AVANZADOS



Fuente: Dina Krauskopf, 2012

Hemos distinguido tres tipos de políticas de acuerdo con los paradigmas que las sostienen: 1) *tradicionales*, que enfocan el período juvenil como una transición hacia la adultez, meta de su preparación; 2) *reduccionistas*, donde aparece el sujeto juvenil como portador de problemas que amenazan el orden social o como objeto de asistencia por el déficit en su desarrollo; 3) *avanzadas*, que se orientan al empoderamiento de los jóvenes como ciudadanos y actores estratégicos del desarrollo (Krauskopf, 2003).

A continuación, analizaremos cada enfoque y presentaremos la sistematización de su relación con las políticas, con los programas de adolescencia y juventud, y con la atención en salud.

#### 2.1. La adolescencia y juventud como período preparatorio en las políticas

La fase juvenil, entendida como un período de transición entre la niñez y la adultez, lleva a dar centralidad al enfoque de preparación en las políticas tradicionales de adolescencia y juventud. Es el único período del ciclo vital definido como transición, lo que le niega sus particularidades como sujeto social. Desde dicha perspectiva, la política por excelencia ha sido la Educación, en la que los adolescentes son vistos como «educandos». El futuro sería el eje orientador justificando la idea de la moratoria psicosocial como el mayor beneficio concedido por la sociedad al período juvenil, con lo cual no se visualiza a las personas jóvenes como sujeto social activo en su presente. La representación social del tiempo libre juvenil se dirige a un imaginario constituido por aquellos sectores de la juventud que están en capacidad de vivir la moratoria.

**Cuadro 1**  
**Políticas tradicionales: Paradigma de preparación**

Paradigma	Estrategias de Políticas	Programas	Atención
-----------	--------------------------	-----------	----------

TRANSICIÓN A LA ADULTEZ ETAPA DE CRECIMIENTO Y PREPARACIÓN PARA LA ADULTEZ	SECTORIALES Universales Extensión de la cobertura educativa. Tiempo libre recreativo con baja cobertura. Servicio militar	Homogéneos Aislados Inequitativos	INDIFERENCIADA PROTECCION EXTERNA Déficit, morbilidad. Sujetos pasivos de servicios y programas. Discriminación étnica
---	---	---	--

Fuente: Dina Krauskopf. Nueva Sociedad 200.2005. Versión modificada

Los fundamentos del paradigma tradicional de preparación no reconocen el hecho actual de un futuro incierto ni, tampoco, que en los estratos pobres de la región, frecuentemente, se encuentra la premura psicosocial, la que no espera más allá de los cambios hormonales de la pubertad, para las responsabilidades de automantenimiento y manutención familiar. Tampoco se incorpora el hecho de que, con la globalización y la modernización, el conocimiento y la flexibilidad para los aprendizajes, pasaron a ser sustantivos, y son, precisamente, el punto fuerte de las capacidades juveniles. Los cambios actuales posicionan de modo distinto el rol y la jerarquía de la experiencia, lo que conduce a que el modelo adulto contemporáneo deba dejar de ser considerado un parámetro suficiente para orientar la preparación.

Entre las *políticas omisas* que se derivan de dicho paradigma, está la programación en Salud orientada a la morbimortalidad de adultos y niños, con una atención indiferenciada para adolescentes y jóvenes que los discrimina, y las políticas de Trabajo orientadas a adultos. Los jóvenes que no estudian ni trabajan constituyen la generación NET, que reclama una programación social integradora, un replanteamiento del modelo educativo y un desafío para la programación que atiende la salud adolescente y juvenil.

Una *política implícita* para la juventud es el servicio militar, preparatorio de destrezas específicas para el cumplimiento de deberes de responsabilidad y de unidad nacional, con formas autoritarias de integración y con efectos discutibles en el desarrollo juvenil. El ingreso obligatorio interrumpe los estudios, y las secuelas de los conflictos bélicos han implicado diversos problemas específicos para el desarrollo juvenil y su salud. En algunos países (generalmente cuando es un servicio de inscripción voluntaria), comienza la toma de conciencia de que los jóvenes tienen necesidades de desarrollo y se incluyen programas para satisfacerlas.

## 2.2. La Adolescencia y Juventud como etapa problema en las políticas

Ante la ausencia de la visibilización del sujeto juvenil en su tránsito hacia la adultez, los jóvenes solo emergen como tales cuando perturban el orden social. La juventud como etapa problema se enfoca desde *políticas reduccionistas, sectoriales y compensatorias*. Los grupos meta relevantes se encuentran en la juventud urbana popular, y la atención se presta a problemas específicos.

**Cuadro 2**  
**Políticas reduccionistas: Paradigma de Etapa Problema**

Paradigma	Estrategias de Políticas	Programas	Atención
RIESGO Y TRASGRESIÓN ETAPA PROBLEMA PARA LA SOCIEDAD	COMPENSATORIAS SECTORIALES (Predominantemente salud y justicia) FOCALIZADAS FRAGMENTADAS	Marco legal tutelar a menores en abandono, deambulación delincuencia. Criminalización de la juventud en pobreza. Relevancia a juventud urbano popular. Dispersión de las ofertas	PROBLEMAS SINTOMÁTICOS Asistencialidad. Rehabilitación Control punitivo

Fuente: Dina Krauskopf. Nueva Sociedad 200.2005. Versión modificada.

Fueron los problemas de salud sexual y reproductiva los primeros en poner a la adolescencia en el tapete como sujeto prioritario de atención de la salud. Así, las mujeres adolescentes entraron en las políticas del sector salud a partir de sus embarazos. Se fueron adicionando temas que enmarcan, restringida y negativamente, la vida juvenil: la delincuencia, las drogas, la deserción escolar, las maras o bandas, etcétera.

Se descubre que una impactante proporción de las muertes durante la adolescencia se producen por las llamadas *causas externas y, por lo tanto, son prevenibles*. Se modifica, así, el paradigma que establecía la equivalencia «adolescencia = edad más sana» por el paradigma «adolescencia = etapa de riesgo», y se focaliza la atención de los adolescentes y jóvenes de acuerdo con problema específico del cual son portadores.

Desde este paradigma, la causa última de las «patologías» juveniles se identificó en el sujeto juvenil, *su propia conducta es considerada un factor de riesgo*, de ahí que la intervención priorizó la acción en él y descuidó el contexto. A partir de los polos sintomáticos y problemáticos, se construyó en la sociedad una percepción generalizadora de la juventud que la estigmatiza, y su visibilización es negativa. Es lo que en Centro de Estudios Sociales CIDPA llaman los cuatro jinetes del Apocalipsis: *drogas, alcohol, violencia y*

*promiscuidad* (Oyarzún, 2006). La estigmatización criminalizante genera un círculo vicioso al fomentar que los jóvenes enfrenten con un empoderamiento aterrante a la sociedad que los excluye (Krauskopf, 1996).

Los programas son orientados a los comportamientos de riesgo y trasgresión, a su asistencia y prevención, así como existen, también, aquellos que se inspiran en matrices de corte autoritario para la rehabilitación de jóvenes y abogan por incrementar los mecanismos de control y represión social para protección de la sociedad. Aquí, se encuentran las medidas que Santa Cruz (2003) denomina como *populismo punitivo*. En países donde domina esta visión, parece darse un debilitamiento de las posibilidades de desarrollar estrategias sostenibles para la implementación de políticas avanzadas de juventud.

El abordaje sectorial y fragmentado, que los programas de salud han desarrollado desde este paradigma, ha demostrado su ineficacia (Blum, 1996), y existen iniciativas que procuran construir perspectivas más integrales. Es necesario incorporar los avances en el campo del derecho, valorar los análisis socioeconómicos de los comportamientos de riesgo, la grupalidad juvenil y la profundización sistémica sobre la violencia. Antes de pasar a los paradigmas de las políticas avanzadas, señalaremos algunos avances en la conceptualización del riesgo.

### 2.2.1. La reformulación social del concepto de riesgo

El concepto de riesgo, tan estrechamente asociado a la vida juvenil, ha experimentado una reformulación psicosocial. Jessor (1991) destaca que no pueden valorarse las conductas de riesgo si no se hace un análisis de costo beneficio de la conducta, tomando en cuenta las condiciones que se dan a la juventud. La posibilidad que los adolescentes abandonen un comportamiento riesgoso está relacionada, fuertemente, con la posibilidad de que se le ofrezcan alternativas de satisfacción valiosas para ellos. La posición de Jessor no se orienta a justificar la permanencia de estas conductas, sino a destacar la complejidad de la intervención para que logre ser efectiva en los grupos meta, cuya vulnerabilidad demanda la promoción de su salud, bienestar e inclusión social positiva.

Jessor estima desafortunada la tendencia a considerar a los y las jóvenes como personas que tienen conductas de riesgo per se. Esta generalización lleva a que las conductas de riesgo se consideren propias de este período de edad. Podemos diferenciar entre las conductas de riesgo y las conductas riesgosas. Las *conductas de riesgo* son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial o la supervivencia de la persona joven. Se dan en aquellos adolescentes que tienen un estilo de vida consistente en conductas que se constituyen en verdaderos factores de riesgo para su desarrollo y su entorno, y pueden, incluso, buscar el peligro en sí mismo. Las *conductas riesgosas* son aquellas en las que se asumen cuotas de riesgo como parte del compromiso y de la construcción de un desarrollo enriquecido y más pleno. Se pueden ver como parte necesaria del proceso de toma de decisiones en las condiciones que ofrece la sociedad moderna.

Beck (1998) señala que, como consecuencia de los procesos de modernización, las sociedades contemporáneas se han constituido en sociedades de riesgo. La desigualdad se expresa en el reparto de riqueza y en el reparto de riesgos. Los peligros producidos socialmente sobrepasan la seguridad y el impacto diferencial de la brecha social lleva a que la riqueza se acumule en los estratos más altos, mientras que los riesgos se acumulan en los más bajos.

Desde estas perspectivas queda claro que para la comprensión del comportamiento de riesgo, del empoderamiento aterrante y de los problemas sociales, como la violencia, es importante considerar lo que hemos llamado el *riesgo estructural*, cuyas características se desglosan en el cuadro a continuación.

#### Cuadro 3 Riesgo estructural

- Entornos marginalizados, desprotegidos, bélicos y criminalizados.
- Territorios donde la identidad positiva del colectivo es denegada socialmente.
- La estigmatización de la exclusión y violencia juvenil como delincuencia.
- La calle como espacio fundamental de socialización y aprendizaje.
- La resocialización en la cárcel.
- Carencia de espacios para la incorporación de habilidades y destrezas.
- Carencia de espacios para el progreso de la convivencia, la calidad de vida y la incorporación social.
- Carencia de espacios para expresiones de creatividad y participación juvenil legitimada.
- Escasa presencia de instituciones.
- Falta de acceso a servicios públicos.
- Desconfianza interpersonal e institucional.

- Zonas con mayor exposición a riesgo de la vida.
- Condiciones de hacinamiento.
- Trabajos marginales.
- Menos oportunidades de gratificación y mayor oferta de espacios como bares, billares, acceso a alcohol y drogas.

Fuente: Krauskopf, Dina (2003). Dimensiones de la Violencia. Versión modificada

Se trata, por lo tanto, de espacios físicos donde, al decir de Beck, se acumulan los riesgos tanto en el nivel de las representaciones sociales, como en las condiciones concretas de convivencia y en el acceso a oportunidades de protección, atención y desarrollo. Diversos estudios muestran que, en este contexto, no puede prevalecer la visión de riesgo como un comportamiento individual, y se requieren políticas para reducir la pobreza, aumentar el capital social en estos territorios y tomar en cuenta constructivamente a la juventud (ERIC, IDESO, IDIES, IUODP, 2004).

### 2.3. La Juventud ciudadana como sujeto de políticas

Desde el paradigma de la ciudadanía, *las personas jóvenes dejan de ser definidas por sus incompletitudes y síntomas*, para ser consideradas sujetos de derechos. Ya no se trata solo de la ciudadanía formal de ejercer el derecho al voto, sino que se da centralidad a la ciudadanía integral de niños, adolescentes y jóvenes. La construcción de políticas con este marco destaca la participación juvenil y el reconocimiento de la fase juvenil como un importante período de desarrollo social.

**Cuadro 4**  
**Políticas avanzadas: paradigma de Ciudadanía**

Paradigma	Estrategias de Políticas	Programas	Atención
JUVENTUD CIUDADANA ETAPA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO SOCIAL	RECTORÍA DE JUVENTUD EN POLÍTICA PÚBLICA INTERSECTORIALIDAD Priorizan la inclusión y participación de jóvenes como sujetos explícitos de derechos políticos, civiles, culturales, sociales y económicos	Integrales, participativos extensión de alianzas. Equidad de género, cultura, residencia urbano-rural, estrato socio-económico. Empoderamiento.	PROTECCIÓN INTEGRAL, REPARACIÓN, PROMOCIÓN. PREVENCIÓN. Atención integral. Acceso igualitario. Servicios amigables Exigibilidad de derechos. Escenarios diversos Manejo social del riesgo. Colaboración intergeneracional

Fuente: Dina Krauskopf. Nueva Sociedad 200.2005. Versión modificada.

Los programas de salud que se han desarrollado en las últimas décadas en América Latina han ido incrementando la inclusión de adolescentes y jóvenes con la participación, llamada protagónica, como una forma de resaltar su *visibilización positiva*. Igualmente, se ha enriquecido la visión de la protección. Tradicionalmente, ésta es vista como producto de la acción del otro, la prevención como un control externo dirigido a reducir y limitar los factores de daño. Desde la Doctrina de la Protección Integral, se protege brindando *protección de los derechos*, en lugar de *proteger a los niños y adolescentes* en tanto personas, como lo plantea la Doctrina del Menor Irregular. Se trata de una *protección y prevención* apoyada en el empoderamiento que deriva de la *promoción* de condiciones para la capacidad de decisión y de participación. La protección social debe reconocer que el retiro de respuestas inadecuadas requiere ir acompañado de la oferta de un replanteamiento de la percepción de los problemas y opciones, junto con respuestas más satisfactorias a las necesidades de las poblaciones vulnerables. Además, se considera la *restitución de los derechos* que han sido violados, lo que desemboca, por lo tanto, en acciones reparatorias.

El enfoque integral de la salud adolescente y juvenil da prioridad a la responsabilidad de exigir y construir el derecho a la salud plena; la articulación de políticas; la legislación y los programas intersectoriales en el fomento de la salud; la promoción de la salud en los diferentes escenarios; el fortalecimiento de la prevención primaria de las enfermedades y daños; el enfrentamiento equitativo de las condiciones de género, cultura, residencia rural-urbana, estrato socioeconómico; el reconocimiento de las capacidades de adolescentes y jóvenes, sus familias y comunidades de aportar a la salud, la cultura y el desarrollo. Los lineamientos dan un lugar decisivo a la participación social; la visibilización y legitimación de los logros de adolescentes y jóvenes; el fomento de nuevas relaciones intergeneracionales, así como entre prestadores de servicios, adolescentes y jóvenes: sus derechos son el centro. En consecuencia, es estratégica la

visibilización de obstáculos al desarrollo de la salud de adolescentes y jóvenes para la movilización en defensa de los derechos vulnerados.

La acumulación de experiencias y la sistematización de conocimientos evidencian que la implementación de este paradigma requiere precisiones en el concepto de participación, para ir de la apariencia, a la efectividad y al desarrollo de estrategias intergeneracionales de colaboración (Krauskopf, 2003). En las formas contemporáneas de participación juvenil *prevalecen los parámetros éticos, estéticos, subjetivos*, la valoración de las *metas palpables* por sobre los parámetros político-ideológicos de épocas pasadas, (Serna, 1998). Además, los avances tecnológicos se han incorporado en las relaciones sociales y en el encuentro de conocimientos de las nuevas generaciones. La extensión de las alianzas ha permitido la búsqueda de articulaciones intersectoriales y la estructuración de relaciones cívicas que acercan diversos actores sociales, fomentan valores compartidos, como responsabilidad, confianza, solidaridad, tolerancia, y fortalecen el desarrollo de políticas públicas desde la intersectorialidad, para consolidar el desarrollo juvenil en un marco de equidad y de participación.

## 2.4. El reconocimiento de la juventud en las políticas como actor estratégico del desarrollo

A partir del paradigma que reconoce la importancia de los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo, se comienza a diseñar programas, que puedan favorecer *procesos de integración social para los jóvenes*. Se sientan bases para el desarrollo de políticas de adolescencia y juventud incluyentes que se imbrican con la implementación del paradigma de ciudadanía juvenil. Esto hace relevante un claro enfrentamiento de la exclusión con el paradigma de la juventud como actor estratégico del desarrollo expresado en la articulación de las *políticas públicas con un enfoque de transversalidad y equidad*.

**Cuadro 5**  
**Políticas avanzadas: paradigma de Actor Estratégico**

Paradigma	Estrategias de Políticas	Programas	Atención
JUVENTUD: ACTOR ESTRATÉGICO DEL DESARROLLO ETAPA DE FORMACIÓN Y APOORTE PRODUCTIVO Y CULTURAL	ARTICULADAS EN POLÍTICA PÚBLICA. INTERSECTORIALES Priorizan la incorporación de las juventudes como capital humano, desarrollo de capital social y productor cultural.	Transversalidad institucional. Empoderamiento. Expresión cultural. Aporte juvenil al desarrollo económico, social y cultural.	INCLUSIÓN EN EL DESARROLLO SOCIAL Fortalecimiento del capital humano, social, cultural. Participación efectiva. Enfrentamiento a la exclusión. Reducción de brechas sociales

Fuente: Dina Krauskopf. Nueva Sociedad 200.2005. Versión modificada

En muchos países de América Latina, la pirámide demográfica todavía no se ha revertido, constituyéndose, la población adolescente y juvenil, en la ventana de oportunidad para un *bono demográfico* aún vigente. Fundamento para procurar el incremento de las inversiones en el rescate del capital humano juvenil para resolver problemas de desarrollo en países que, luego, afrontarán una capa creciente de población mayor de edad que demandará más servicios y que dependerá del aporte de los jóvenes de hoy a sus sociedades. Las distancias generacionales con los adultos se han modificado; ahora los jóvenes saben cosas que los adultos no saben. Esto hace que la participación juvenil no solo sea un claro derecho, sino que, también, es una parte insustituible del conocimiento de las situaciones y alternativas de avance (Krauskopf, 2003).

Las personas jóvenes, a menudo, proveen el ingreso principal de sus familias, trabajan tempranamente y en condiciones azarosas, superan la adversidad, aportan entusiasmo y creatividad. Migran masivamente hacia las ciudades en busca de mejores condiciones de vida y son marginalizados por un sistema cada vez más excluyente. Son los jóvenes los que se enfrentan con flexibilidad al desafío de las innovaciones tecnológicas y a las transformaciones productivas, los que manifiestan sus sensibilidades en el arte y en la cultura. Las políticas avanzadas de juventud se orientan a la formación del capital humano y social, al reconocimiento de su aporte como productores culturales, a la reducción de las brechas de desigualdad con una perspectiva de *equidad y del aporte estratégico* de las juventudes al desarrollo de su sociedad.

## 3. La evolución de los paradigmas de salud y la adolescencia

Congruente con los dos últimos paradigmas, propios de las políticas avanzadas en salud, la Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado marcos conceptuales y estratégicos para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes, que incorpora el enfoque de derechos, con una estrategia intersectorial



y participativa, que genera sinergia entre los diversos componentes del desarrollo.

La evolución de los paradigmas de la salud ha dejado en evidencia que se trata de una construcción social. Las primeras definiciones siguieron una orientación médica, y la salud se definió como una categoría residual, esto es, la ausencia de enfermedad. El impacto de este concepto en la atención de adolescentes es fundamental. Se infería que consultar, escasamente, por enfermedades, revelaba pertenecer a una «edad sana». Ello influyó para que estuvieran ausentes los servicios de adolescencia y predominaran (aún ocurre) los servicios del sistema de salud, organizados para niños y adultos.

En 1978, la Declaración de Alma-Ata evidenció la relación insoslayable entre salud y desarrollo. A partir de ello se modificó la perspectiva médica de la salud, y la Organización Mundial de la Salud estableció que se trata del estado de completo bienestar físico, mental y social y, no solamente, la ausencia de enfermedades. Más adelante, la Convención de los Derechos del Niño consideró la salud plena como un derecho humano fundamental. Por último, acorde con los fundamentos económicos que sustentan las inversiones en salud, ésta es considerada un bien público. Presentamos una sistematización de los paradigmas en el cuadro siguiente.

#### **Cuadro 6** **Evolución de los paradigmas de salud**

- Ausencia de enfermedades (salud: categoría residual).
- Estado de completo bienestar físico, mental y social.
- Construcción social.
- Desarrollo humano integral.
- Salud plena: derecho humano fundamental.
- Bien público. Prerrequisito para el desarrollo económico.

Fuente: Dina Krauskopf. Elaboración propia.

Es nuestro planteamiento que, verdaderamente, la salud, más que un «estado» como plantea la definición alcanzada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, celebrada en Alma-Ata, es un balance entre diversos procesos biopsicosociales que permiten avanzar en dirección a la plenitud vital.

Cuando predominan los procesos que comprometen dicho balance, se favorecen los daños a la vida. De modo similar, OMS/OPS entienden la salud en la adolescencia como «un proceso continuo a través del cual el adolescente satisface sus necesidades, desarrolla competencias, habilidades y redes sociales» (1997:11). En este marco, el desarrollo integral de los adolescentes y jóvenes aparece en el centro y es reconocido como una dimensión fundamental en su salud. El desarrollo humano se expresa en indicadores, como el fomento del uso efectivo de capacidades y participación decisoria, niveles de educación, ingreso, ciudadanía y calidad de vida.

Ha sido difícil avanzar hacia una noción positiva y clara de la salud. Perry y Jessor (1985) observan que un concepto de esta naturaleza, debería ir más allá, no solo de la ausencia de enfermedad, sino también de «la mera adecuación del funcionamiento personal y social» y señalan que la noción de salud está conectada con la idea de la totalidad de una persona (1985:170). Dan importancia a las ciencias comportamentales y sociales cuando destacan componentes, como sensación de idoneidad, confianza, capacidad, compromiso social, contribución al mejoramiento de otros y realización de potencialidades individuales.

Para Perry y Jessor es fundamental reconocer que la salud es un concepto diferente de la enfermedad, y consideran que la confusión entre prevención y promoción proviene de una elusiva diferenciación de estos conceptos. Aclaran que la *prevención* de la enfermedad refleja el concepto de salud como ausencia de enfermedad; la *promoción* de la salud ha sido paulatinamente reconocida de un modo más claro e inclusivo. Puntualizan que la promoción incluye, además de estrategias para conservar la salud, el énfasis en acrecentarla. Por ello la promoción de la salud está orientada, más que a la reducción o eliminación de comportamientos que comprometen la salud, a estimular prácticas que la enriquecen. Aquí, la consideración del contexto pasa a ser fundamental.

El valioso concepto de *atención integral* que plantea Elsa Moreno (1995): «...se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención. Este encuadre exige tener en cuenta no solo los factores biológicos, sino también los estilos de vida, el ambiente físico y cultural y la oferta y organización de los servicios. El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud, estimulando la detección de riesgos y factores protectores y poniendo en marcha medidas que privilegien las actividades anticipatorias». Concordando con el marco conceptual y con las afirmaciones de Perry y Jessor, entendemos que es fundamental *la promoción de la salud*, ya que «emerge como una herramienta



indispensable para el cambio social necesario para lograr el desarrollo y la salud de los adolescentes» (OPS/OMS-KELLOG, 1997:13).

#### 4. Consideraciones finales

El avance en los paradigmas sobre la fase juvenil y la salud ha permitido que se inicien programas y servicios dirigidos a estas poblaciones en los cuales se reconoce que se encuentran en un período fundamental para la salud, el desarrollo humano y el desarrollo de las sociedades. Dicho abordaje requiere integralidad dentro del sector salud, pero, también, se torna indispensable la articulación intersectorial, la participación de los más diversos sectores de la sociedad junto con el reconocimiento de la capacidad de actores estratégicos y ciudadanos de los propios adolescentes y jóvenes.

Para enfrentar el desafío de construir sociedades inclusivas, es necesario contar con legislación, políticas públicas e institucionalidad orientadas al pleno reconocimiento de las capacidades y derechos de adolescentes y jóvenes, así como las medidas necesarias para su cumplimiento. Su realización es responsabilidad de las instituciones del Estado y del compromiso ciudadano de la sociedad y sus juventudes.

Una Política de Salud para la Adolescencia y Juventud es una Política Pública que define los lineamientos generales con visión compartida y estratégica para convertirse en el principal instrumento de referencia de las acciones dirigidas a la adolescencia y juventud, cuya salud y desarrollo pleno constituyen un componente básico para el desarrollo nacional. Debe traducirse en Planes de Acción con plazos y responsables que concreten, de modo palpable, las metas propuestas las que incluyen la reorientación de los objetivos de los Planes operativos de los sectores.

#### 5. Bibliografía

- BECK, U. *La Sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- BLUM, R. *Toward a New Millenium: A Conceptual Model for Adolescent Health*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1996.
- CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. *Bases programáticas. Programa de Atención integral a la Adolescencia*. San José, Costa Rica, 2002.
- ERIC, IDESO, IDIES, IUDOP. *Maras y pandillas en Centroamérica*. Vol. II. San Salvador: UCA Editores, 2004.
- JESSOR, R. «Risk Behaviour in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action». *Journal of Adolescence Health*. Nueva York, 1991.
- KRAUSKOPF, DINA. «Desafíos en la construcción e implementación de las políticas de juventud en América Latina». *Revista Nueva Sociedad*. «El futuro ya no es como antes: Ser joven en América Latina». N.º 200. Buenos Aires, noviembre-diciembre, 2005, pp. 141-153.
- KRAUSKOPF, DINA. «Juventud, riesgo y violencia». *Dimensiones de la Violencia*. El Salvador: Ed. PNUD, 2003.
- KRAUSKOPF, DINA. *Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia*. 3.a edición. San José: UNFPA, 2003.
- KRAUSKOPF, DINA. «Violencia juvenil: Alerta social». *Revista Parlamentaria*. «La Crisis Social: Desintegración Familiar, Valores y Violencia Social». San José: Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1996, Vol. 4, pp. 775-801.
- MORENO, E. «Los Servicios de Salud para los Jóvenes». *Encuentro sobre Salud del Adolescente en Cartagena de Indias*. Madrid: UNFPA, OIJ-OPS, 1995.
- OPS-OMS-KELLOGG. *Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS, OMS, Kellogg, 1998.
- OPS-OMS. *Declaración de Alma-Ata*. Ginebra, 1978.
- OYARZÚN, A. «De joven problema... A joven actor social estudiantil: Estudiantes secundarios y su lucha por la igualdad educativa y social». *Gacetilla CIDPA*. Valparaíso: CIDPA, 2006.
- PERRY, C. L. y R. JESSOR. «The Concept of Health Promotion and the Prevention of Adolescent Drug Abuse». *Health Education Quarterly*. Ed. John Wiley and Sons, Inc, 1985.
- SANTA CRUZ, M. «Violencia y juventud en El Salvador». Presentado en: *Conferencia Centroamericana de Juventud*. Antigua (Guatemala): CIRMA, Rockefeller Foundation, Fundación Frederick Ebert, 2003.
- SERNA, L. «Globalización y participación juvenil». Jóvenes. Revista de Estudios sobre Juventud. 4.a Época, Año 5. México, 1998.