



Salud y Desarrollo de Adolescentes
Salud del Niño y del Adolescente
Salud de la Familia y la Comunidad
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Evaluación externa:
Plan de acción
en salud y desarrollo
de adolescentes y jóvenes
en las Américas, 1998-2001

Informe final

Lic. Olga Nirenberg
Lic. Francisca Infante
Lic. Federico Sedano Acosta
Lic. Brian West

Junio 2003

**Evaluación externa:
Plan de acción en salud y desarrollo
de adolescentes y jóvenes
en las Américas, 1998-2001**

Salud y Desarrollo de Adolescentes
Unidad de Salud del Niño y del Adolescente
Área de Salud Familiar y Comunitaria
Organización Panamericana de la Salud

EQUIPO EVALUADOR:

Lic. Olga Nirenberg

Lic. Francisca Infante

Lic. Federico Sedano Acosta

Lic. Brian West

Junio 2003

INDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDOS	PAGINAS
<i>Salud y desarrollo de adolescentes: Un resumen</i>	4
I. Introducción	7
II. Características de la evaluación	8
III. Análisis de los resultados de la aplicación del cuestionario	15
1. Diagnósticos nacionales	18
2. Programas nacionales de salud integral de los/las adolescentes	21
3. Desarrollo de los servicios de salud	25
4. Participación y redes sociales	31
5. Políticas y legislación	35
6. Inclusión de contenidos sobre salud de los/las adolescentes en la formación de recursos humanos	38
7. Comunicación y difusión	39
8. Cooperación de OPS/OMS en los países de la Región	40
IV. Comentarios comparativos entre regiones	45
V. Resumen de las principales recomendaciones	49
Anexo 1: Relaciones (cruces) entre variables seleccionadas	53
Anexo 2: Tablas comparativas (1996-2001)	57
Anexo 3: Síntesis por países y regiones	61
Anexo 4: Gráficos seleccionados	79

<i>ÍNDICE DE GRÁFICOS</i>	<i>PAGINAS</i>
Gráfico 1: Situación comparativa de programas nacionales y su evaluación, 1996-2001, en países LAC	17
Gráfico 2: Encuestados según profesión	17
Gráfico 3: Encuestados según función que desempeñan	18
Gráfico 4: Cobertura geográfica de servicios de salud para adolescentes	30
Gráfico 5: Percepción acerca de la participación juvenil, 1996-2001, en países LAC	32
Gráfico 6: Comparación entre legislaciones de salud de adolescentes, 1996-2001, en países LAC	36
Gráfico 7: Incorporación de SDA en curriculum universitario, 2001, en países LAC	38
Gráfico 8: Comparación percepción de calidad y relevancia de cooperación técnica en desarrollo de recursos humanos, 1996-2001, en países LAC	41

<i>ÍNDICE DE TABLAS</i>	<i>PAGINAS</i>
Tabla 1: Cantidad de encuestados y países con programas nacionales	16
Tabla 2: Diagnósticos de población	18
Tabla 3: Existencia de diagnósticos nacionales	19
Tabla 4: Antigüedad de los diagnósticos nacionales	19
Tabla 5: Aspectos incluidos en los diagnósticos nacionales sobre adolescentes	20
Tabla 6: Aspectos relevantes sobre adolescencia que incluyen los programas nacionales de Salud de la Adolescencia	21
Tabla 7: Aspectos de los servicios de salud que incluyen los programas nacionales	22
Tabla 8: Fuentes de financiamiento de los programas nacionales	22
Tabla 9: Programas/áreas con las que se articulan los programas nacionales	23
Tabla 10: Grado de conocimiento y aceptación de los recursos humanos y opinión acerca del nivel de ejecución del programa nacional	23
Tabla 11: Opiniones sobre adecuación de los programas nacionales a la situación de los/las adolescentes	24
Tabla 12: Existencia de normas de atención de la salud de los/las adolescentes y aplicación de las mismas	25

ÍNDICE DE TABLAS	PAGINAS
Tabla 13: Existencia de programa nacional de salud de los/las adolescentes y de normas de atención para los servicios en los países	25
Tabla 14: Grado de aplicación de las normas de atención en los servicios de los tres niveles	26
Tabla 15: Existencia de programa nacional de salud de los/las adolescentes y de contenidos específicos para la atención en el 1er. nivel en los países	26
Tabla 16: Existencia de programa nacional de salud de los/las adolescentes y atención diferenciada en algunos servicios de 2do. nivel en los países	27
Tabla 17: Existencia de programa nacional de salud de los/las adolescentes y de servicios de referencia en los países	27
Tabla 18: Existencia de equipos multiprofesionales para atención de adolescentes en los establecimientos de los diferentes niveles de atención	28
Tabla 19: Existencia de consejerías y dependencia sectorial o no	28
Tabla 20: Tipo de organizaciones con las que articulan los servicios de salud	29
Tabla 21: Participación de las organizaciones comunitarias y/o de la sociedad civil en la gestión de los servicios de salud a nivel local	31
Tabla 22: Participación de los/las adolescentes en los servicios de salud	32
Tabla 23: Existencia de articulación de los servicios con otras organizaciones y participación de los/las adolescentes en los servicios en los países	33
Tabla 24: Tipo de participación de los/las adolescentes en proyectos y en los servicios de salud	33
Tabla 25: Existencia de lineamientos políticos según sectores	35
Tabla 26: Existencia de programa nacional de salud de los/las adolescentes y de lineamientos políticos sectoriales (de salud y otros) en los países	36
Tabla 27: Adecuación de la legislación	37
Tabla 28: Apreciación sobre la comunicación social y la difusión de los niveles centrales de salud	39
Tabla 29: Temas que aborda la comunicación social del nivel central de salud en materia de adolescencia	39
Tabla 30: Calificación global de la cooperación OPS/OMS	40
Tabla 31: Temas en los que hubo cooperación técnica de OPS/OMS	41
Tabla 32: Relevancia de la cooperación OPS/OMS según temas	42
Tabla 33: Prioridades para la cooperación técnica de OPS—temas sustantivos	43
Tabla 34: Prioridades para la cooperación técnica de OPS—temas instrumentales	43
Tabla 35: Existencia de diagnóstico nacional según tipo, por subgrupo	45
Tabla 36: Antigüedad de los diagnósticos poblacionales, por subregión	46
Tabla 37: Países con programa nacional de salud de los/las adolescentes y evaluaciones realizadas, según subregiones	46
Tabla 38: Desarrollo de los servicios de salud para adolescentes en base a 7 indicadores, según subregiones	47
Tabla 39: Existencia, adecuación y aplicación de legislación específica para adolescentes, según subregiones	47
Tabla 40: Introducción de contenidos curriculares y existencia de maestrías o especializaciones	48

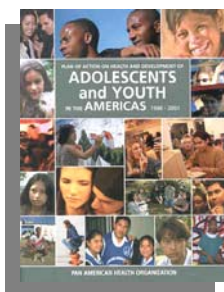


SALUD Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES: UN RESUMEN

Los adolescentes (10—19 años) y los jóvenes (15—24 años) de la Región conforman una población heterogénea. Son estudiantes, voluntarios, trabajadores y soldados; son madres y padres, están casados, solteros y divorciados; son indígenas y de una considerable diversidad étnica, y a menudo viven en la calle o están encarcelados. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es y ha sido pionera en el área de la salud de adolescentes, y su compromiso con las necesidades de los jóvenes se mantendrá en el futuro. Salud y Desarrollo de Adolescentes, como parte de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, dentro del Área de Salud Familiar y Comunitaria de OPS, se ha enfocado en el apoyo a la salud y el desarrollo de adolescentes en la Región, poniendo énfasis en entornos sanos y seguros y fomentando la participación juvenil. A través de este marco conceptual, Salud y Desarrollo de Adolescentes ha adoptado un enfoque más amplio e integral de la salud juvenil.



PLAN DE ACCIÓN



En 1998, Salud y Desarrollo de Adolescentes desarrolló y publicó un plan de acción cuatrienal. Este se desarrolló a partir de tres componentes prioritarios: 1. Abordar las necesidades de los adolescentes hoy; 2. Promover el desarrollo de actitudes y comportamientos saludables de por vida en adolescentes y 3. Promover el concepto de adolescentes como agentes de cambio¹. El plan consistió de siete líneas de acción diseñadas para facilitar la cooperación entre países, ONGs y otros socios: políticas, legislación y abogacía; planes, programas y servicios; desarrollo de recursos humanos; redes; investigación; comunicación social y; movilización de recursos.

POLÍTICAS Y LEGISLACIÓN



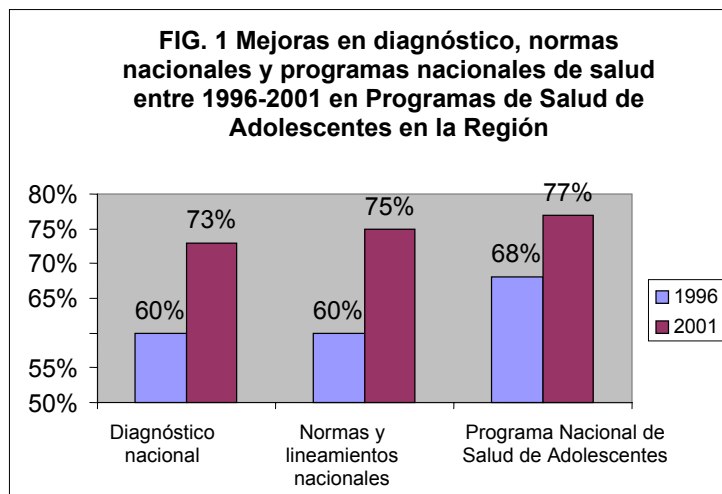
El logro más significativo en los últimos cuatro años no ha tenido lugar en las clínicas, sino en la opinión pública. La salud de adolescentes, tradicionalmente ignorado por el público y los legisladores, ocupa un lugar prominente en las agendas nacionales de salud de muchos países. En 1996, solo el 60% de los países de la Región tenían un plan de diagnóstico nacional. Ese número aumentó hasta el 73% en 2001 (ver **FIG. 1**)². Ese mismo año, 18 de los 26 países habían aprobado legislación sobre salud de adolescentes, un incremento del 44% en cuatro años³. A pesar de que cada país tiene una manera particular de desarrollar su legislación, OPS ha facilitado el proceso informando a los legisladores sobre las experiencias de otros países, y ha hecho un esfuerzo considerable para incrementar el compromiso y el apoyo gubernamental a políticas de juventud. Un ejemplo excelente de la creación de legislación nacional es el de República Dominicana, cuyo presidente firmó una Ley Nacional de Juventud

¹ Plan de acción en salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Unidad de Salud de Adolescentes/OPS, 1998.

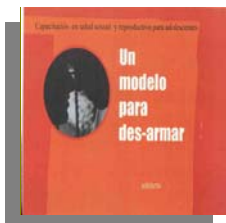
² 2001 PAHO evaluation. <http://www.paho.org/english/hpp/hpf/survey/survey.htm>

³ 2001 Final Kellogg Project Evaluation. In preparation.

en agosto de 2000. La ley se formuló con la aportación no solo de los trabajadores de salud y el Ministerio de Salud, sino con consejos de otros ministerios y de los mismos jóvenes. La ley designa un 1% del presupuesto nacional y un 4% del municipal para el desarrollo juvenil⁴. El proceso de formulación de esta ley es un gran ejemplo a seguir.



EDUCACIÓN A DISTANCIA



Salud y Desarrollo de Adolescentes también ha jugado un importante papel en el desarrollo de capacidades a nivel de país, entrenando a profesionales que no tenían experiencia en la salud de adolescentes a través de capacitación a nivel de pre-servicio y servicios. En los últimos tres años, se trabajó con tres universidades para diseñar e implementar cursos de educación a distancia. Los socios de Salud y Desarrollo de Adolescentes en la Universidad de Monterrey, México, la Universidad Católica de Chile y la Universidad de Río de Janeiro en Brasil han desarrollado cursos en papel y en Internet para llegar a un gran número de profesionales de salud. La Universidad de Johns Hopkins en Estados Unidos, en conjunto con Salud y Desarrollo de Adolescentes de OPS, diseñó asimismo un CD-ROM en español para capacitar en salud sexual y reproductiva a proveedores de salud del primer nivel de atención. Esta manera eficaz y costo efectiva de desarrollar capacidades en los países nos proporcionó lecciones importantes sobre la educación a distancia que ahora podemos compartir con otros programas y regiones.

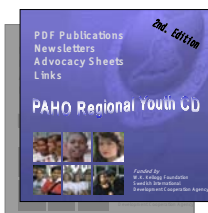
REDES



Otro avance importante fue el diseño y la expansión del proyecto ADOLEC/BIREME (<http://www.adolec.org>). Esta página web regional ofrece a cualquier persona interesada en salud de adolescentes acceso a informes, artículos de prensa, resultados de investigaciones y lecciones aprendidas a través de su biblioteca

⁴ Russell, J. y Solórzano, X. Políticas de adolescentes y jóvenes: Las experiencias de Colombia, República Dominicana y Nicaragua. Universidad de George Washington/OPS, 2001.

virtual en salud. A nivel de país, Brasil, México, Honduras, Costa Rica y Nicaragua tienen sus propias páginas web donde se encuentra información nacional sobre salud de adolescentes. Estas páginas también promueven la participación juvenil a través de foros interactivos.



Salud y Desarrollo de Adolescentes ha seguido en su empeño de producir y distribuir publicaciones de interés para especialistas en salud de adolescentes en toda la Región. En 2001, se distribuyó un CD-ROM con todo el material publicado desde 1997. Una segunda edición se editó en noviembre, y se prevé que la tercera edición actualizada salga en el segundo trimestre de 2003. En 2001, se distribuyeron más de 6.100 materiales sobre salud de adolescentes y jóvenes a puntos focales de adolescencia de OPS en los países, a los ministerios de salud, a proyectos de salud adolescente, a especialistas en la materia y a reuniones internacionales sobre salud de adolescentes y jóvenes. La distribución de información actualizada a través de ADOLEC, correo electrónico y materiales impresos ha sido crucial en la promoción de la salud y el desarrollo de adolescentes, ya que las redes tienen la capacidad de llegar a un público mayor.

Entre 1997 y 2001, hubo grandes mejoras en el área de salud y desarrollo de adolescentes. Salud y Desarrollo de Adolescentes de OPS desea seguir avanzando, trabajando con países, trabajadores de salud y socios financieros para crear entornos seguros y saludables donde los adolescentes puedan prosperar.

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento sintetiza los hallazgos emergentes de la evaluación realizada durante el segundo semestre del año 2001, en relación con los efectos de Salud y Desarrollo de Adolescentes de OPS/OMS. Un antecedente relevante, es la evaluación realizada en el segundo semestre del año 1996, que brindó una suerte de “línea de base” o parámetro comparativo para la actual. En aquella primera evaluación se aplicaron cuatro cuestionarios diferentes a los cuatro tipos de informantes clave en los países; en la última se simplificó ese procedimiento, utilizando un solo cuestionario para los diferentes informantes, incluyendo algunas preguntas similares a las hechas en la primera ocasión, además de otras distintas.

EQUIPO

Las siguientes personas hicieron posible el desarrollo del complejo proceso de diseño y aplicación del instrumento evaluativo:

Lic. Olga Nirenberg	Responsable primaria del proceso evaluativo.
Lic. Francisca Infante	Coordinación de la traducción del instrumento al inglés y al portugués; articulaciones con las oficinas de las representaciones de OPS en la Región para que los consultores que se encargaran del tema de adolescencia y se responsabilizaran de la aplicación en cada país; asistencia técnica de la coordinación.
Lic. Federico Sedano Acosta	Preparación de la base de datos; ingreso de datos en Internet; preparación de las salidas de información en forma de tablas y gráficos.
Lic. Brian West	Colocación del cuestionario en Internet; traslado de los cuestionarios desde Internet a la base de datos.

Para la próxima aplicación del cuestionario se espera que se simplifique ese proceso, mediante las respuestas de los actores directamente por Internet.

OBJETIVOS

Los principales **objetivos** de esta evaluación fueron los siguientes:

- ❑ Apreciar las **actividades** y los **resultados** del Plan de Acción de Salud y Desarrollo Adolescente 1998–2001 de OPS, en términos de su **efectividad** (según los objetivos originalmente planteados por el plan), así como en función de los cambios logrados en los países de LAC, comparando con la evaluación anterior, realizada en 1996.
- ❑ Apreciar el **desarrollo de los programas nacionales**, y de otros **proyectos locales** (gubernamentales o no) de adolescencia.
- ❑ Valorar la apropiación de los **enfoques conceptuales**, las **metodologías** y los **instrumentos** difundidos por el Plan de Acción.
- ❑ Efectuar **recomendaciones**, en función de los hallazgos evaluativos, para **permitir decisiones fundamentadas** para los apoyos futuros de la OPS, en materia de salud de los/las adolescentes.

II. CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN

DEFINICIÓN

Por evaluación de programas o proyectos sociales se comprende una **actividad programada de reflexión sobre la acción**, basada en **procedimientos sistemáticos** de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de **emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables**, sobre las actividades, resultados e impactos de esos proyectos o programas, y formular **recomendaciones** para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura (Nirenberg y cols., 2000)⁵.

Para evaluar siempre es necesario hacer *comparaciones*, sobre la base de las cuales se emiten los juicios; se suele comparar contra los objetivos, metas o estándares que constituyen lo deseado o la direccionalidad definida previamente, o bien contra sí mismo en el tiempo, contrastando situaciones o estados actuales respecto de situaciones o estados pasados, para saber qué cambió y poder emitir un juicio acerca de si la situación está mejor, peor o igual. Dentro de lo posible, en esta evaluación se procuraron ambos tipos de comparaciones: ya se dijo que la evaluación realizada en 1996 sirvió de parámetro comparativo con muchas de las variables indagadas en la presente evaluación y también se comparan los hallazgos en cada variable con los propósitos, objetivos y líneas de acción principales que planteó Salud y Desarrollo de Adolescentes.

METODOLOGÍA

En cuanto a la **metodología** utilizada, para la recolección de información evaluativa y como elemento central del proceso, ya fue mencionado que se diseñó y

⁵ Nirenberg, O., Brawerman, J., Ruiz, V. (2000). *Evaluar para la transformación: innovaciones en evaluación de programas y proyectos sociales*. Vol. 8, Capítulo 1. Editorial Paidós, colección Tramas Sociales, Argentina.

aplicó un **cuestionario** en todos los países de la Región, a los siguientes tipos de actores:

- Directores de los Programas Nacionales de Salud de Adolescencia.
- Consultores que se ocupan del tema de adolescencia en las representaciones OPS de los países (Puntos Focales OPS).
- Directores (o cargos similares) de proyectos locales de adolescencia en el país.
- Directores (o cargos similares) de servicios de salud para adolescentes en establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.
- Otros informantes clave sobre el tema de salud integral en adolescencia, según determinación de cada país.

La consigna fue que como mínimo cada país remitiera tres cuestionarios (en lo posible, del Director de Programa, de un Consultor y del Director del Proyecto), y como máximo seis.

Si bien el cuestionario fue auto-administrado (contestado en forma individual por parte de los encuestados), se recomendó realizar en cada país un mini taller de discusión entre los diferentes actores para procurar consensos en la mayoría de las respuestas, aunque no siempre fuera posible, por lo que se solicitó que se precisaran los disensos así como los motivos de los mismos. Fueron pocos los países donde ese procedimiento de reflexión y discusión conjunta entre los distintos encuestados pudo llevarse a cabo.

Los resultados preliminares del procesamiento de los cuestionarios fueron debatidos en taller con los Puntos Focales de OPS y algunos directores de programas nacionales, en ocasión de la reunión celebrada en Guatemala en noviembre de 2001, con motivo de la finalización del período de ejecución del Plan de Acción 1998–2001 y el comienzo del siguiente, 2002–2006. El presente informe toma también importantes insumos de los productos de esa reunión. Además, se recopilaron y analizaron los diferentes documentos desarrollados y distribuidos por el programa en los países de la Región.

Sin excluir otras **audiencias** que pudieran estar interesadas o resultar relevantes, las que se identificaron como ineludibles en esta evaluación fueron:

- La conducción del Plan de Acción de Salud y Desarrollo Adolescente 1998 – 2001 y otras autoridades en la OPS.
- Los directores y equipos técnicos de Programas Nacionales de Adolescencia y Juventud.
- Los consultores cuya función se relaciona con la temática de adolescencia y juventud en las representaciones de OPS en los países.
- Las agencias de cooperación/financiadoras.
- Las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en adolescencia en los países de la Región (incluidos los adolescentes).
- Otros actores relevantes en los países que trabajan en adolescencia en los países de la Región (profesionales de los servicios de salud, docentes, etc.).

PROCESO DE EVALUACIÓN

El **proceso de evaluación** comprendió varios pasos, de diferentes complejidades, que se sintetizan a continuación:

1. **Selección y análisis de documentos** producidos y distribuidos por el programa.
2. **Diseño del cuestionario** para actores relevantes en los países de la Región.
3. Elaboración de los **instructivos** para la auto-aplicación, el seguimiento de los cuestionarios respondidos, recolección y envío de los cuestionarios de cada país.
4. **Traducción** de los cuestionarios al inglés, francés y portugués.
5. **Envío** de los cuestionarios a los países.
6. **Respuesta** a los cuestionarios en cada uno de los países.
7. Diseño de una **base de datos** computarizada.
8. Diseño del cuestionario para su **colocación en Internet**
9. Preparación de las **pautas y plan de análisis** de la información.
10. **Recepción** de los cuestionarios rellenos (en papel).
11. **Ingreso de datos en Internet** de los cuestionarios de papel
12. **Traslado a la base de datos** de los cuestionarios de Internet.
13. **Procesamiento** de la información y **salidas** de tabulados
14. **Análisis** de la información.
15. Redacción del **informe preliminar**.
16. Realización de un **taller con actores de los países** para la discusión del informe preliminar.
17. **Revisión y ajuste** del documento con las conclusiones del análisis y las **recomendaciones** emergentes.

Las **dimensiones** o grandes aspectos considerados en esta evaluación fueron los siguientes:

1. Existencia de **Diagnósticos Nacionales**, su grado de actualización y las temáticas incluidas sobre:

- ❖ *La población objetivo*
- ❖ *Los recursos institucionales*
- ❖ *Los recursos humanos*

2. Existencia de **Programas Nacionales de Salud Integral de los/las Adolescentes**.

En los casos en que existía, se indagó:

- ❖ *Antigüedad*
- ❖ *Dependencia*
- ❖ *Principales temáticas incluidas en relación con la población⁶ y en relación con los servicios*
- ❖ *Fuentes de financiamiento*

⁶ Se indagó acerca de la inclusión de temas tales como: desarrollo de hábitos alimentarios saludables, prevención de adicciones, prevención/atención de la violencia, fortalecimiento de lazos familiares, salud sexual y reproductiva, promoción del uso de los servicios de salud, promoción de la Educación, promoción del trabajo (empleabilidad); promoción del uso creativo del tiempo libre, participación de las/los adolescentes.

- ❖ *Nivel de ejecución*⁷
- ❖ *Articulación con otros programas y organizaciones*
- ❖ *Grado de conocimiento y aceptación de los programas en los respectivos países*
- ❖ *Apreciaciones sobre la adecuación de los programas a las necesidades y demandas de la población objetivo y al encuadre conceptual de salud integral*
- ❖ *Evaluaciones realizadas*

3. Desarrollo de los **Servicios de Salud**

Se indagó respecto a algunas variables consideradas relevantes, a saber:

- ❖ *Existencia, adecuación y grado de aplicación de las **normas nacionales** (según niveles de atención).*
- ❖ *Existencia de **contenidos específicos** para el primer nivel de atención*⁸
- ❖ *Existencia de **atención diferenciada***⁹ *en el segundo nivel de atención*
- ❖ *Existencia de **servicios de referencia***¹⁰ *para la derivación de los casos complejos*
- ❖ *Existencia de **equipos multiprofesionales** según niveles de atención*
- ❖ *Existencia de **consejerías***¹¹ *o servicios de orientación (dependencia y temáticas)*

⁷ Por *nivel de ejecución* se entiende, por un lado, el cumplimiento de las actividades programadas en los tiempos previstos, pero también el nivel de ejecución presupuestaria (en los casos en que el programa nacional tuviera presupuesto atribuido).

⁸ Los *centros de primer nivel* son aquellos de menor complejidad tecnológica (desde el punto de vista de la infraestructura física y de equipamiento) y para atención ambulatoria, por lo general con alcance o responsabilidad por la salud de la población de uno o más barrios. Son aquellos establecimientos más cercanos a los lugares donde vive la gente y en algunos países suelen ser “puertas de entrada” al sistema de salud; pueden resolver los problemas más frecuentes de salud y suelen encargarse de las actividades comunitarias realizadas extramuros para captación, promoción y educación para la salud, llevadas a cabo por los propios profesionales, o más frecuentemente mediante agentes sanitarios o promotores de salud, a veces vecinos/as (mucho/as de ellos/as, trabajadores/as voluntarios/as) debidamente capacitados/as.

⁹ Por *atención diferenciada* se entiende la existencia de momentos específicamente destinados dentro de un servicio más general (por ejemplo de obstetricia o de clínica general), con algún personal (médico y de enfermería, como mínimo) capacitado para la atención de adolescentes. No constituyen servicios de adolescencia en sí mismos, pero sí destinan recursos (de espacio, humanos y tiempos) para su atención.

¹⁰ Se refiere a *servicios de adolescencia* propiamente dichos, en los establecimientos hospitalarios de mayor complejidad tecnológica (desde el punto de vista de la infraestructura física y de equipamiento), para la atención, ambulatoria o en internación, de patologías más graves, a los cuales en general se accede por derivaciones desde otros establecimientos de menor nivel de complejidad.

¹¹ Las *consejerías* son lugares donde algún/os recursos humanos (sectoriales o no) especialmente capacitados, captan, informan, orientan y/o refieren a servicios a los adolescentes en temas diversos; los más frecuentes suelen ser los hábitos de alimentación, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, la violencia, la sexualidad y afectividad, la prevención del embarazo no deseado, la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el SIDA, entre otros; pueden o no funcionar dentro de los establecimientos de salud de los diferentes niveles; constituyen una efectiva modalidad de prevención y de educación para el desarrollo de conductas de autocuidado y para un uso más eficiente y oportuno de los recursos de salud.

- ❖ *Cobertura territorial de los servicios (local, provincial/estadual, regional, nacional)*
- ❖ *Articulación de los establecimientos de servicios de los diferentes niveles de atención con establecimientos de otros sectores y con otras organizaciones locales (de educación, trabajo, justicia, deportes, organizaciones vecinales y/o de la sociedad civil, clubes, iglesias, etc.).*
- ❖ *Participación de las/los adolescentes en los servicios*

4. Existencia de ejemplos relevantes de **participación de las organizaciones comunitarias y/o de la sociedad civil y de los/las adolescentes en la gestión de los servicios de salud** según niveles de atención, en ámbitos locales (en el caso de los adolescentes se indagó además el tipo de participación).

5. Existencia de ejemplos relevantes de **redes sociales**¹² conformadas por diversas organizaciones/instituciones/actores locales para la contención y/o solución de problemáticas de las/los adolescentes. Se indagó: temáticas que abordan, tipo de organizaciones que las integran y alcance (barrial, local, provincial/estadual o nacional).

6. **Políticas y legislación** en adolescencia.

- ❖ *Grado de interés en la temática de adolescencia por parte de los actuales Gobiernos Nacionales*
- ❖ *Existencia de lineamientos políticos específicos para adolescencia en los diferentes sectores gubernamentales (salud, educación, trabajo, justicia, etc.)*
- ❖ *Existencia en los países de legislación promulgada referida a las/los adolescentes (actualización, adecuación al marco conceptual de salud integral de los/las adolescentes y a las situaciones poblacionales, grado de aplicación)*

¹² Por *redes sociales* se hace referencia al trabajo organizado de un conjunto de diferentes organizaciones u actores sociales, de distintas dependencias (gubernamentales o no) orientadas a propósitos generales comunes (aunque sus objetivos específicos sean distintos) y que generalmente actúan en un ámbito territorial definido. Realizan actividades específicas, con recursos propios, en forma complementaria o coordinada, para la solución de problemas, que por sus características multidimensionales requieren de la contribución de diferentes roles y actores. Es una forma organizacional de tipo horizontal, no jerárquica, por adhesión voluntaria, y donde las organizaciones que la integran no pierden su identidad por el hecho de pertenecer a la red. Es frecuente que las redes sociales se dediquen a una problemática acotada, como por ejemplo, la contención de la violencia en un área geográfica definida, para lo cual conforman una red: centros vecinales, centros de salud, escuelas primarias y medias, comisarias, juzgado, etc.

7. Inclusión de **contenidos sobre salud integral en adolescencia en la formación académica de recursos humanos.**

- ❖ *En pregrado y/o postgrado*
- ❖ *Disciplinas*
- ❖ *Universidades*
- ❖ *Existencia de maestrías o cursos de especialización sobre salud integral de los/las adolescentes en las Universidades*

8. **Comunicación social** en adolescencia.

Se indagó acerca de:

- ❖ *La comunicación social y difusión que desarrollan los niveles centrales de salud (temáticas que abordan y efectividad en la población destinataria)*
- ❖ *El espacio que los medios de comunicación de los países destinan a temas vinculados a la salud de las/los adolescentes*

9. **Cooperación de la OPS** en los países en las siguientes áreas temáticas:

- ❖ *Formulación de políticas, legislación, abogacía*
- ❖ *Desarrollo e implementación de planes, programas y servicios*
- ❖ *Formación de recursos humanos*
- ❖ *Comunicación social*
- ❖ *Redes de información y difusión de conocimiento*
- ❖ *Investigación*
- ❖ *Participación juvenil*
- ❖ *Movilización de recursos*
- ❖ *Otros aspectos*

10. Existencia de **proyectos locales relevantes**¹³

Con la mirada puesta en la construcción ulterior de un listado de proyectos para procurar su sistematización y diseminación, se solicitó indicar para cada uno:

- ❖ *Nombre del proyecto*
- ❖ *Nombre de la organización ejecutora*
- ❖ *Entidad/es financiadora/s*
- ❖ *Localización*
- ❖ *Grupo etáreo de la población objetivo*
- ❖ *Principal/es temática/s que aborda*
- ❖ *Tipo de organizaciones / actores que participan*
- ❖ *Tipo de participación de los/las adolescentes*

Para cada uno de esas áreas temáticas se indagó:

- Formas en que ha contribuido** (asistencia técnica, capacitación de recursos humanos, distribución de material bibliográfico y documentación, apoyo financiero y otras formas de cooperación).
- Apreciación sobre la **relevancia** que han tenido esas contribuciones en los países
- Difusión y utilidad** que han tenido en los países las publicaciones, documentos y/o instrumentos sobre adolescencia desarrollados por OPS.

Se recopilaron también las **necesidades futuras de los países** en materia de cooperación técnica de OPS/OMS en los principales temas relacionados con la salud de los/las adolescentes y con la gestión de programas o proyectos.

¹³ Por proyectos locales relevantes se comprendió: modelos efectivos, orientados a las/los adolescentes y con su participación activa, en un territorio delimitado, que puedan ser sistematizados, difundidos y eventualmente replicados (con los ajustes convenientes) en otras localizaciones del propio país o de otros, llevados a cabo por gobiernos estatales/provinciales, municipales y/o por organizaciones de la sociedad civil.

III. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

A lo largo de este capítulo se analizarán las respuestas obtenidas al cuestionario aplicado, con base en tres distintos *universos*: el primero fue la cantidad de países que respondieron (26); el segundo fue la cantidad de personas que contestaron cuestionarios (encuestados) (111) y un tercer universo, para algunas preguntas que estaban categorizadas en forma no excluyente (en las que podía contestarse más de una opción) fue el total de respuestas obtenidas. En general las tablas que consideran el primer universo se presentan en valores absolutos más que en porcentajes (dado que es un universo relativamente pequeño), mientras que en los otros dos casos la mayoría de las tablas se presentan en porcentajes. Para mayor facilidad de lectura, en cada tabla se aclara, por ejemplo: cantidad de países, o bien: % de respuestas.

Cuando fue posible, se establecieron comparaciones con la evaluación de 1996, pero ya se dijo que no todas las variables recopiladas en la actual evaluación fueron consideradas en la anterior (y viceversa, algunas de las recolectadas antes no lo fueron ahora).

En los casos en que el universo considerado fue el de los países, si en las preguntas no hubo coincidencias entre los diferentes encuestados, para decidir acerca de cual se tomaría como “correcta” se usaron como válidas las respuestas de los Directores de Programas Nacionales, o en su defecto (si la respuesta de estos fue “no sabe” o bien no hubo respuesta, o donde no había programa), la de los Consultores OPS (Puntos Focales); en algunos casos se adoptó la respuesta de la mayoría (por ejemplo, si no había respuesta de los dos actores anteriores). A lo largo del texto se van aclarando esas situaciones.

La Tabla 1 es una lista de los países que respondieron a la recolección de información, en total 26 (4 países más que en la evaluación efectuada en el año 1996), y la cantidad de encuestados por cada país, que en total suman 111. Sólo cuatro países de la Región no contestaron: Canadá, Estados Unidos, Puerto Rico y Surinam, coincidiendo ello con el hecho de que tales países no cuentan con representaciones locales de la OPS, lo cual dificultó la aplicación del cuestionario, dado que en el resto de los países, como se aclara en este informe, quienes estuvieron a cargo de la distribución, seguimiento, recepción y envío de los cuestionarios, fueron los consultores OPS que tienen a su cargo la temática de adolescencia en cada país. De modo que puede calificarse de muy exitosa la recolección realizada, dado que obtuvo un 87% de respuesta, proporción altísima en este tipo de estudios (consistentes en cuestionarios remitidos y auto-administrados).

Tabla 1: Cantidad de encuestados y países con programas nacionales

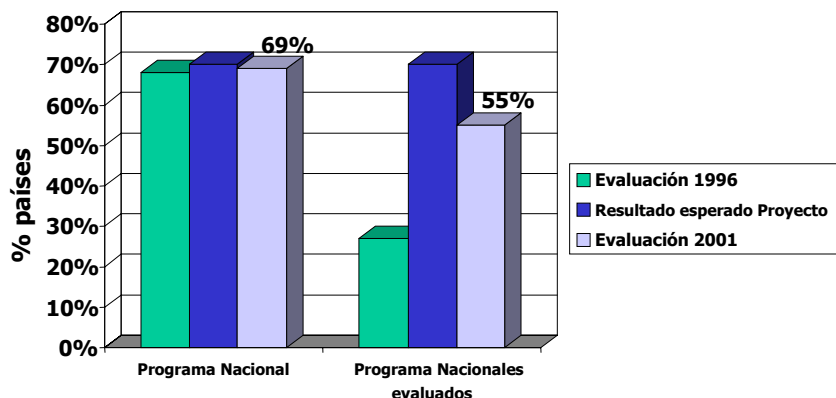
Países	Cantidad de Encuestados
1. Argentina	4
2. Bahamas	4
3. Barbados	4
4. Belice	3
5. Bolivia	4
6. Brasil	6
7. Chile	1
8. Colombia	5
9. Costa Rica	3
10. Cuba	4
11. Ecuador	5
12. El Salvador	6
13. Guatemala	4
14. Guyana	3
15. Haití	5
16. Honduras	4
17. Jamaica	8
18. México	5
19. Nicaragua	6
20. Panamá	2
21. Paraguay	3
22. Perú	6
23. Rep. Dominicana	5
24. Trinidad y Tobago	2
25. Uruguay	3
26. Venezuela	6
TOTAL de encuestados	111

Sin programa nacional de salud integral de adolescentes

De los países que contestaron, hubo dos que estuvieron por debajo del mínimo de cuestionarios solicitados (Chile y Panamá) y hubo un caso, el de Jamaica, donde los encuestados fueron dos más de los estipulados como máximo.

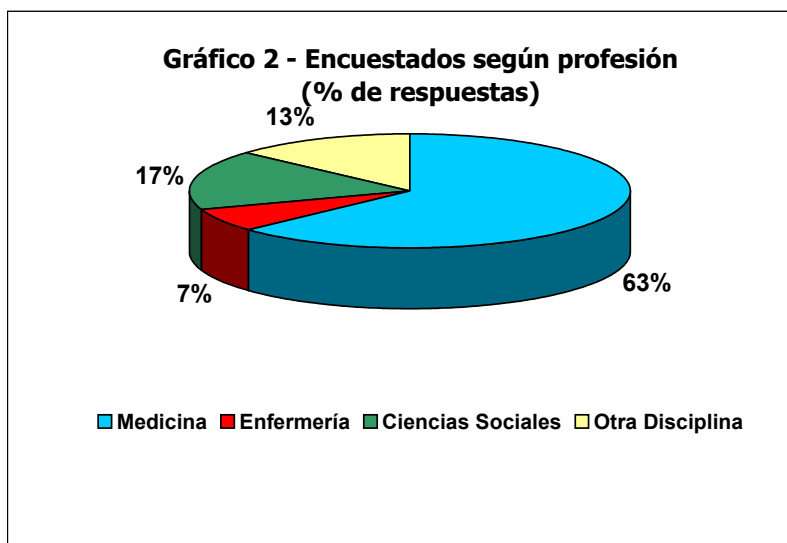
De la Tabla 1 se desprende que 18 países (69%) cuentan con programa nacional de salud integral de la población adolescente; sólo quedan 8 países que aún no lo tienen (31%). En la evaluación realizada en el año 1996 tenían programa nacional 15 de los 22 países que habían respondido (68%).

Gráfico 1
Situación comparativa de Programas Nacionales y su evaluación, 1996 - 2001 en países LAC

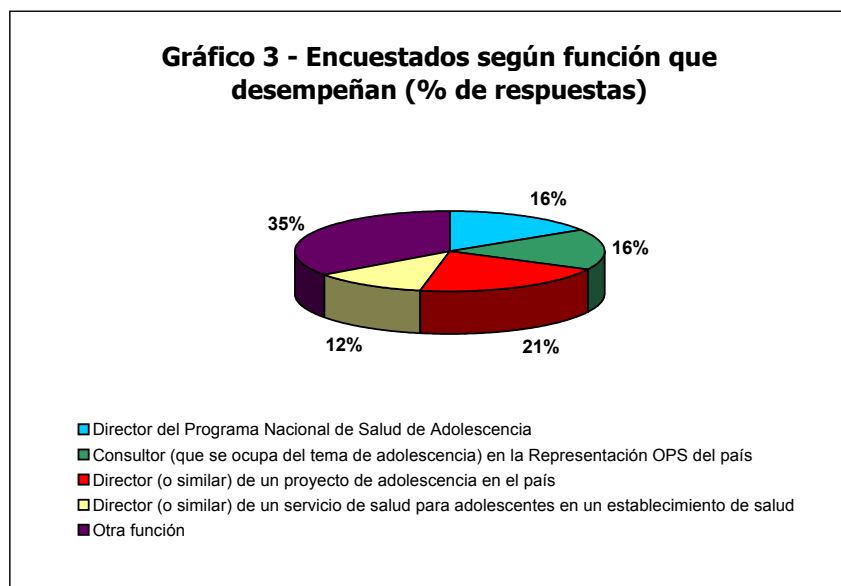


En cuanto a la *composición por sexo* de los encuestados, contestaron 63 mujeres (56%) y 48 varones (43%); hubo un encuestado que no aclaró (Gráfico A, Anexo 3).

Respecto de las *disciplinas* de los encuestados, el 62% es de medicina, el 17% de ciencias sociales, el 7% de enfermería y el 14% proviene de otras disciplinas (Gráfico 2).



En el Gráfico 3 se informa acerca del *tipo de encuestados*. La categoría “otros informantes clave” incluye técnicos que trabajan en el marco de los programas nacionales o en los proyectos locales, o docentes de universidades o directivos de institutos de investigación, entre otros. Dichos informantes clave (así como los demás encuestados) fueron identificados y convocados para contestar los cuestionarios por el punto focal OPS de cada país.



1. DIAGNÓSTICOS NACIONALES

Son 21 (81%) los países que cuentan con *diagnóstico nacional acerca de la situación de la población adolescente*, mientras que 5 (19%) aún no lo ha realizado (Gráfico B, Anexo 3). Comparando con la evaluación realizada en 1996, se ha progresado en este aspecto, ya que entonces sólo algo más de la mitad de los países contaba con diagnóstico nacional (53%). Esto también significa un logro que contribuye al cumplimiento del objetivo 2 del Plan de Acción, que en una de sus especificaciones promovía la realización de diagnósticos poblacionales.

Tabla 2: Diagnósticos de población

Año	Países encuestados	Existe diagnóstico
1996	22	12 (53%)
2001	26	21 (77%)

En 10 países (38%) existe un diagnóstico relativo a los recursos institucionales cuyas actividades se orientan a la población adolescente: de ellos son sólo 6 (23%) los que incluyen los servicios de salud. Son 16 (62%) los países que no cuentan con diagnósticos sobre recursos institucionales (Gráfico C, Anexo 3).

Sin duda la situación de mayor carencia es la referida a los *diagnósticos nacionales sobre los recursos humanos que trabajan en la salud de los adolescentes*: sólo 6 países (23%) cuentan con ese tipo de diagnóstico, mientras que en los restantes 20 (77%) no existe (Gráfico D, Anexo 3).

Se resume la situación antedicha en la Tabla 3.

Tabla 3: Existencia de diagnósticos nacionales (Cantidad de países)

Tipo de diagnóstico	Existe	No existe
De la población adolescente	21	5
De los recursos institucionales de otros sectores	4	16
De los recursos institucionales de salud	6	
De los recursos humanos de salud	6	20

En los países donde existe algún tipo de diagnóstico nacional, se indagó acerca de la *actualización* (antigüedad) de los mismos. La Tabla 4 da cuenta de esa variable.

En el caso de los diagnósticos poblacionales, los mismos son bastante recientes (el 76% fue realizado hace no más de tres años). En la evaluación de 1996 el 40% consideró actualizados los diagnósticos poblacionales. Los encuestados saben menos acerca de la antigüedad de los diagnósticos institucionales y/o de los recursos humanos (como denota la última columna de la Tabla 4).

Tabla 4: Antigüedad de los diagnósticos nacionales (Cantidad de países)

Tipo de diagnóstico	< 2 años	2-3años	4-5años	> 5 años	NS/NC
De la población adolescente	10	6	4	1	-
De los recursos institucionales	3	1	-	1	5
De los recursos humanos	2	1	-	1	2

En el caso de los países que cuentan con diagnóstico sobre la población adolescente, se indagó acerca de los aspectos tomados en cuenta en los mismos y la Tabla 5 sintetiza las respuestas obtenidas, donde se ordenaron los aspectos en un ranking desde el más frecuentemente incluido al menos frecuente. Allí puede observarse que los cinco aspectos más frecuentemente incluidos en los diagnósticos poblacionales son: salud sexual y reproductiva, educación, adicciones, violencia y principales causas de mortalidad y morbilidad.

Tabla 5: Aspectos incluidos en los diagnósticos nacionales sobre adolescentes (% de respuestas positivas)

Aspectos	Ranking (%)
Salud sexual y reproductiva	72
Educación	69
Adicciones	64
Violencia	58
Principales causas de mortalidad y morbilidad	58
Trabajo	57
Utilización de servicios de salud	55
Participación de las/los adolescentes	41
Utilización del tiempo libre/recreación	39
Lazos familiares	34
Hábitos alimentarios	24

—Desafío 1—

Una primera recomendación que surge de los datos de la Tabla 1 es que se requerirán esfuerzos de cooperación (de la propia OPS pero también de otros países de la Región que puedan brindar cooperación horizontal) para que los 8 países que aún no tienen programa nacional lo formulen y pongan en marcha (Gráfico E, Anexo 3). Asimismo, los programas existentes en algunos países debieran incluir otros aspectos importantes pero escasamente considerados, tales como: fortalecimiento de los lazos familiares, desarrollo de hábitos alimentarios saludables, promoción de la educación (retención, rendimiento y nivel escolar alcanzado), promoción de capacidades y habilidades para la empleabilidad, entre otros temas.

—Desafío 2—

En función de la situación descrita, un desafío futuro, tanto para los países como para la cooperación técnica de OPS/OMS, debiera ser la realización de diagnósticos que permitan conocer fehacientemente la cantidad y características de los recursos humanos e institucionales, actuales y potenciales, que trabajan o podrían trabajar en los países en pro de la población adolescente, pues de poco vale saber acerca de la situación poblacional si no se conocen también los recursos disponibles para dar respuestas a las necesidades y demandas de esa población. Debieran además realizarse los diagnósticos de la situación de la población adolescente en aquellos países que aún no tienen uno y completar los existentes, incorporando en las futuras actualizaciones aquellos aspectos que antes no fueron considerados.

2. PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD INTEGRAL DE LOS/LAS ADOLESCENTES

Casi todos los programas nacionales dependen de algún área del gobierno nacional, en su mayoría de las Secretarías o Ministerios de Salud; sólo en Costa Rica el programa nacional no depende de un área gubernamental sino de la Caja de Seguro Social.

En cuanto a la *antigüedad* de los programas nacionales hay 15 (83% del total de países que tienen programa) que existen desde hace cuatro años o más, mientras que los más recientes son los de tres países (17% del total de países que tiene programa), que fueron formulados hace tres años o menos. Este ha sido un avance respecto a la evaluación efectuada en 1996 y también ha constituido un logro que contribuye a la concreción del objetivo 2 del Plan de Acción, que procura crear, desarrollar y fortalecer los planes y programas nacionales.

La indagatoria acerca de los *aspectos con relación a la población adolescente* que fueron considerados en los programas nacionales, ordenados en un ranking desde el aspecto más frecuentemente incluido al menos, se resume en la Tabla 6. Como allí puede verse, los temas más considerados en los programas nacionales son: salud sexual y reproductiva, participación, adicciones, uso de los servicios de salud y violencia.

Tabla 6: Aspectos relevantes sobre adolescencia que incluyen los programas nacionales de Salud de la Adolescencia (% de respuestas positivas)

Aspectos relevantes sobre adolescencia	Ranking (%)
Salud sexual y reproductiva	78
Promoción de la participación de las/los adolescentes	63
Prevención de adicciones	61
Promoción del uso de los servicios de salud	59
Prevención/atención de la violencia	57
Promoción del uso creativo del tiempo libre	52
Fortalecimiento de lazos familiares	49
Desarrollo de hábitos alimentarios saludables	41
Promoción de la educación	41
Promoción del trabajo	28

En cuanto a las *temáticas en relación con los servicios de salud* que incluyen esos programas, también ordenadas en forma de ranking, se sintetizan las respuestas en la Tabla 7. Los temas más frecuentemente incluidos son: normatización, capacitación de recursos humanos y conformación de equipos multiprofesionales.

Tabla 7: Aspectos de los servicios de salud que incluyen los programas nacionales (% de respuestas positivas)

ASPECTOS	Ranking (%)
Desarrollo de normas de atención	68
Capacitación de los RRHH en servicios de salud	67
Conformación de equipos multiprofesionales	65
Creación de consejerías	54
Organización de la atención según niveles	53
Mejoramiento de espacios físicos y/o equipamiento	49
Otros aspectos	15

Se preguntó sobre las *fuentes de financiamiento* de esos programas nacionales, y la síntesis de las respuestas obtenidas se presenta en la Tabla 8. El 62% que responde que los fondos de los tesoros nacionales financian los programas nacionales (al menos en parte); según la proporción de respuestas, son muy relevantes los fondos provenientes de la cooperación de la OPS/OMS, de las agencias de cooperación de las Naciones Unidas y las cooperaciones directas de los gobiernos alemán y sueco. Lo cierto es que parece existir una diversidad de fuentes que aportan a estos programas, pero resulta poco relevante en el financiamiento de estos programas la presencia del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, situación que resulta coincidente con la observada al momento de la evaluación de 1996 y sobre la cual habría que indagar las razones. Cabe entonces reiterar la recomendación ya efectuada entonces acerca de reforzar las acciones orientadas a la recaudación de fondos.

Tabla 8: Fuentes de financiamiento de los programas nacionales (% de respuestas)

FUENTES	Si	No	Ns/Nc
Fondos del Presupuesto Nacional	62	11	27
Movilización de recursos de OPS/OMS	56	7	37
Fondos del Banco Interamericano de Desarrollo	2	30	68
Fondos del Banco Mundial	5	28	67
Cooperación bilateral de GTZ, ASDI o similares	32	11	57
Cooperación de UNICEF, UNFPA, PNUD u otros organismos de las Naciones Unidas	47	11	42
Otras fuentes	31	--	69

En los 18 países que tienen programas nacionales, los encuestados afirman que éstos realizan *articulaciones con otros programas gubernamentales y/o con otras organizaciones que orientan sus acciones a la población adolescente*; esto también coincide con lo encontrado en la evaluación de 1996. Dichas articulaciones ocurren con los programas u organizaciones que se detallan en la Tabla 9, en forma de ranking. Las articulaciones más frecuentes de los programas nacionales de salud de los/las adolescentes se dan con los programas y/o establecimientos del sector educativo y con organizaciones de la sociedad civil. Son menores por el momento las articulaciones o acciones conjuntas con dependencias del sector trabajo, del poder judicial, o del poder legislativo, campos que deberían ser promovidos en el futuro inmediato. En estas

últimas articulaciones puede decirse que casi no hubo avances respecto a lo encontrado en la evaluación de 1996.

Tabla 9: Programas/áreas con las que se articulan los programas nacionales (% de respuestas positivas)

Programas/áreas/organizaciones	Ranking (%)
Programas gubernamentales de educación	63
Organizaciones de la sociedad civil	60
Programas o proyectos de gobiernos provinciales/estadales o municipales	49
Universidades (carreras, departamentos o cátedras)	44
Programas gubernamentales de deportes	41
Otras organizaciones	33
Programas gubernamentales de trabajo	31
Programas o dependencias del poder judicial	25
Programas o establecimientos del seguro social	23
Programas o dependencias del poder legislativo	23

En la Tabla 10 se resumen las opiniones vertidas por los encuestados acerca del grado de *conocimiento* y *aceptación* que los recursos humanos sectoriales tienen acerca del programa nacional en sus países, así como la apreciación acerca del *nivel de ejecución* de esos programas nacionales.

De la información de esa tabla se desprende que alrededor de la mitad opina que es suficiente (alto o mediano) el *grado de conocimiento acerca de los respectivos programas nacionales* por parte de los recursos humanos sectoriales; casi un 60% opina que la *aceptación del programa* también es suficiente (alta o mediana) y acerca del *nivel de ejecución*, menos de la mitad lo considera aceptable (alto o mediano). En este sentido parece haber avances respecto a la evaluación realizada en 1996, ya que entonces fue un 43% del total de encuestados que opinó que el grado de conocimiento y aceptación de los programas nacionales por parte del personal de los servicios era alto o mediano; asimismo, en cuanto al nivel de ejecución de los programas nacionales, el 80% de sus directores lo consideraron entonces regular o bajo.

Tabla 10: Grado de conocimiento y aceptación de los recursos humanos y opinión acerca del nivel de ejecución del programa nacional (% de respuestas)

Aspecto	Alto	Mediano	Bajo	NS/NC
Conocimiento	9	40	29	22
Aceptación	20	39	16	25
Nivel de ejecución	7	35	34	24

Se indagó en la opinión de los encuestados acerca de la *adecuación a las necesidades y la situación de los/las adolescentes* de los programas nacionales; en la Tabla 11 se refleja que son sólo el 21% quienes consideran adecuados tales programas, mientras que un 60% los consideran regulares o inadecuados. En la evaluación de 1996 no se hizo exactamente la misma pregunta sino que se solicitó la opinión acerca de la “orientación y pertinencia de los programas”, y un 71% de los encuestados consideró adecuados los programas nacionales, mientras que sólo un 16% los consideró poco adecuados o inadecuados. Es posible que la mayor precisión en la pregunta de esta oportunidad haya permitido reflejar mayor disconformidad con la orientación de los programas nacionales hacia las necesidades y situaciones de los adolescentes.

Tabla 11: Opiniones sobre adecuación de los programas nacionales a la situación de los/las adolescentes (% de respuestas)

Adecuación de programas nacionales	%
Adecuado	21
Regular	50
Inadecuado	10
Ns/Nc	19
TOTAL	100

En nueve países (equivale al 50% de los que tienen programa nacional) se han llevado a cabo evaluaciones de los programas, mientras que en los restantes nueve países que tienen programa nacional aún no se han hecho (Gráfico F, Anexo 3). Hubo un avance respecto a la evaluación de 1996, donde sólo en el 27% de los programas nacionales se habían realizado evaluaciones.

—Desafío 3—

Un desafío es establecer o reforzar las articulaciones con las universidades y con áreas o programas de trabajo, justicia, poder legislativo y seguridad social. Esto también conduciría a un mejor cumplimiento de las aspiraciones del Plan de Acción con referencia a intensificar el trabajo intersectorial.

—Desafío 4—

Pese a los avances, se podría inferir que aún quedan acciones por realizar en los países para informar y difundir más ampliamente los programas nacionales, en procura de mayores adhesiones y concreciones que faciliten el mejoramiento de sus niveles de ejecución. Esto también contribuiría a un mejor cumplimiento del objetivo 2 del Plan de Acción, en lo que se refiere al fortalecimiento de los planes y programas nacionales de salud integral de los/las adolescentes.

—Desafío 5—

Habría que profundizar en la índole de las evaluaciones realizadas e implementarlas en aquellos países en que aún no se han realizado; esto permitiría reorientar los programas nacionales en forma más acorde con las necesidades y expectativas de la población destinataria. Los avances en materia de evaluación de los programas

nacionales contribuyeron al cumplimiento de la correspondiente especificación del objetivo 2 en el Plan de Acción, referente al fortalecimiento de los planes y programas nacionales.

3. DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En primer lugar, en este capítulo, se indagó acerca de la *existencia de normas de atención para los/las adolescentes*: en 19 países (73%) existen, en 6 no (23%) y los encuestados de un país no saben o no contestan. Hubo progreso respecto de la evaluación hecha en 1996, ya que entonces era el 60% de los países donde existían normas para la atención del adolescente.

Tabla 12: Existencia de normas de atención de la salud de los/las adolescentes y aplicación de las mismas

Año	Existen normas (en %)	Se aplican efectivamente (en %)
1996	60	35
2001	73	23

Tabla 13: Existencia de programa nacional de salud de los/las adolescentes y de normas de atención para los servicios en los países (cantidad y %)

Programa nacional \ Normas de atención	Sí		No		NsNC	
	Q	%	Q	%	Q	%
Sí	17	65	1	4	-	-
No	1	4	6	23	1	4
Ns/Nc	-	-	-	-	-	-

Acerca de la *actualización* de dichas normas, se indagó cuanto tiempo hacía que las mismas habían sido formuladas; en el 42% del total de países que tienen normas, las mismas son bastante recientes (no más de tres años), un 21% se formularon hace cuatro o cinco años y un 36% tienen más de cinco años; en estos últimos casos se evidencia la necesidad de revisiones y actualizaciones.

Acerca del grado de *aplicación* efectiva de esas normas en los establecimientos de servicios, en los diferentes niveles de atención, las respuestas obtenidas se resumen en la Tabla 14. Son pocos, no más del 4%, los que consideran que el grado de aplicación de las normas es alto; algo más de la cuarta parte de los encuestados opinan que el grado de aplicación es mediano (Gráfico G, Anexo 3). En este sentido parece poco lo avanzado en relación con la evaluación de 1996 ya que entonces se encontró que la tercera parte opinaba que el grado de aplicación de las normas existentes era bajo.

Tabla 14: Grado de aplicación de las normas de atención en los servicios de los tres niveles (% de respuestas)

Nivel de atención	Alto	Mediano	Bajo	NS/NC
1er Nivel	4	31	11	54
2º Nivel	2	29	12	57
3er Nivel	4	29	16	51

También se recopiló información sobre la existencia de *contenidos específicos para la atención de adolescentes en los centros del primer nivel*, resultando que existen en 20 países (aunque en su mayoría se aplican sólo en algunos de los centros); son 6 los países que no han desarrollado aún contenidos específicos para la atención en el primer nivel (Gráfico H, Anexo 3). Parece haber pocos cambios respecto de la evaluación realizada en 1996, en que eran 16 los países que contaban con contenidos específicos y entonces más de una tercera parte de los encuestados calificó de escasa o nula su aplicación.

Tabla 15: Existencia de programa nacional de salud de los/las adolescentes y de contenidos específicos para la atención en el 1er nivel en los países (cantidad y %)

Programa nacional / Contenidos específicos 1er. nivel	Sí		No		NsNC	
	Q	%	Q	%	Q	%
Sí	18	69	-	-	-	-
No	3	11	5	19	-	-
Ns/Nc	-	-	-	-	-	-

Respecto a la existencia de *atención diferenciada* de los/las adolescentes en los establecimientos de segundo nivel, sólo en dos países (Bahamas y Honduras) responden que la misma existe en todos los establecimientos de ese nivel de atención, mientras que en 17 países existe sólo en algunos establecimientos y en 7 países no existe en absoluto; (Gráfico I, Anexo 3). Estos resultados tienen bastantes similitudes con los obtenidos en la evaluación realizada en 1996.

Tabla 16: Existencia de programa nacional de salud de los/las adolescentes y de atención diferenciada en algunos servicios de 2º nivel en los países (cantidad y %)

Programa nacional \ Atención diferenciada 2º. nivel	Sí		No		NsNC	
	Q	%	Q	%	Q	%
Sí	18	69	1	4	-	-
No	3	11	5	19	2	8
Ns/Nc	-	-	-	-	-	-

En cuanto a la existencia de *servicios de referencia* para la atención más compleja en términos de infraestructura y equipamiento, los mismos existen en 20 países (Gráfico J Anexo 3). La información también resulta coincidente con la recolectada en la evaluación de 1996.

Tabla 17: Existencia de programa nacional de salud de los/las adolescentes y de servicios de referencia en los países (cantidad y %)

Programa nacional \ Servicios de referencia	Sí		No		NsNC	
	Q	%	Q	%	Q	%
Sí	19	73	-	-	1	4
No	-	-	6	23	-	-
Ns/Nc	-	-	-	-	-	-

Respecto a la conformación de *equipos multiprofesionales* para la atención de los/las adolescentes en los servicios, según los niveles de atención, las respuestas obtenidas se sintetizan en la Tabla 18. A través del análisis de esas respuestas se desprende que en casi todos los países existirían equipos multiprofesionales en al menos algunos establecimientos de los tres niveles de atención; es baja la proporción de encuestados que contestó que tales equipos no existen (17% o menos); alrededor de la tercera parte de los encuestados no contesta o no sabe acerca de esta cuestión (Gráfico K, Anexo 3).

Tabla 18: Existencia de equipos multiprofesionales para atención de adolescentes en los establecimientos de los diferentes niveles de atención (% de respuestas)

Existencia equipo multiprofesional	En todos o casi todos	En algunos	En ninguno	NS/NC
Nivel de atención				
1er nivel	8	45	14	32
2do nivel	7	53	15	24
3er nivel	12	48	15	25

Si el análisis se efectúa mediante el método ya explicado de ponderación de las respuestas, surge que serían 20 (77%) los países donde existen equipos multiprofesionales en algunos servicios de los distintos niveles de atención, proporción importante, sin duda.

Si bien en la evaluación de 1996 la pregunta se formuló en distinta forma, en esta variable hay una marcada diferencia positiva respecto a la información recopilada entonces, donde casi nadie afirmó que existieran equipos multiprofesionales para la atención de adolescentes, y un 77% consideró regular o inadecuada la multiprofesionalidad en dicha atención. Los logros en la conformación de equipos multiprofesionales han contribuido al cumplimiento del objetivo 3 del Plan de Acción, que proponía el desarrollo de los recursos humanos.

En cuanto a la existencia de *consejerías*, la Tabla 19 da idea de la situación en los países en ese tipo de servicios para la población adolescente. Allí surge que el 77% de los encuestados dicen que los establecimientos de salud cuentan con servicios de consejería para los/las adolescentes, y sólo un 10% relata que existen pero exclusivamente en establecimientos de otras dependencias (de educación, de las áreas sociales, de desarrollo humano o de cultura, entre otras). Sólo en un país aún no existe tal tipo de servicio (Gráfico L, Anexo 3). Se confirma que las temáticas que más frecuentemente abordan las consejerías son: salud sexual y reproductiva; prevención de embarazos no deseados; prevención de ITS y SIDA; violencia; consumo de alcohol, tabaco y drogas. Pero hay casos en que se responde “salud integral de los/las adolescentes”, lo cual induce a pensar que estas últimas son consejerías de tipo más integral que específico en alguno de los temas mencionados.

Tabla 19: Existencia de consejerías y dependencia sectorial o no (% de respuestas)

Existencia y dependencia	%
Si, en todos o casi todos los establecimientos de salud	9
Si, pero sólo en algunos establecimientos de salud	63
Si, en algunos establecimientos de salud y también de otras dependencias	5
Si, pero no dependen de los servicios de salud	10
No existen	10
No sabe	3

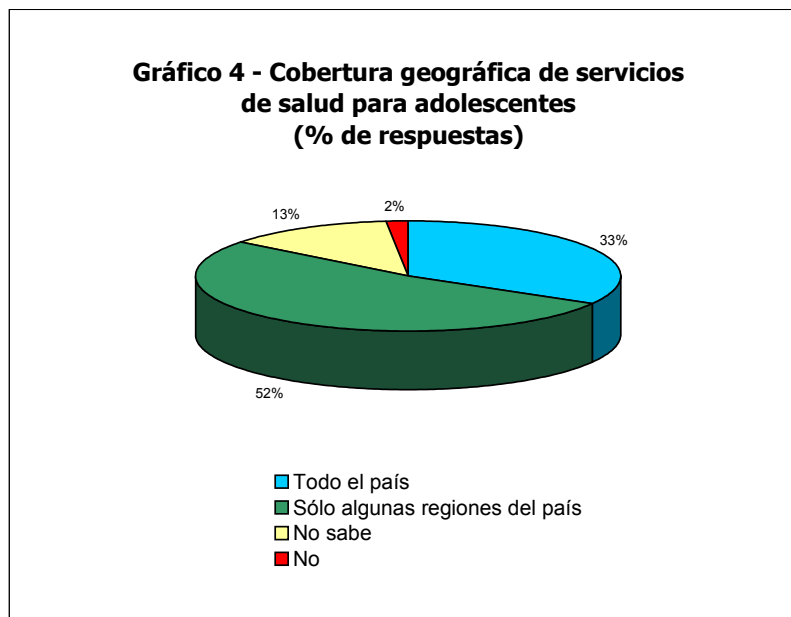
Se preguntó si los servicios de salud que atienden adolescentes, en los diferentes niveles, articulan acciones con otros establecimientos u organizaciones locales.

El 76% respondieron que los centros de primer nivel articulan sus acciones con otros programas y organizaciones locales; en el caso de los establecimientos del segundo nivel, es el 64% que responde afirmativamente y respecto al tercer nivel la proporción disminuye al 54%. La Tabla 20 sintetiza, a modo de ranking (de más a menos frecuente), aquellas organizaciones o programas con los que articulan acciones los servicios de salud (en todos los niveles de atención). Las articulaciones más frecuentes de los servicios de salud se dan con los establecimientos educativos, las organizaciones de la sociedad civil y las comunitarias (vecinales, parroquias, etc.), así como con proyectos locales de gobiernos provinciales/estadales o municipales.

Tabla 20: Tipo de organizaciones con las que articulan los servicios de salud (% de respuestas positivas)

Tipo de organizaciones	Ranking %
Establecimientos educativos	81
Organizaciones de la sociedad civil	68
Organizaciones comunitarias (vecinales, parroquias, etc.)	66
Proyectos locales de gobiernos provinciales/estadales o municipales	65
Universidades (carreras, departamentos o cátedras)	50
Centros o clubes deportivos	48
Juzgados	43
Policía	41
Otro tipo de organizaciones	28

Acerca de la *cobertura geográfica* que tienen los servicios de salud para la población adolescente, una tercera parte (33%) respondió que la cobertura es nacional; algo más de la mitad de los encuestados (52%) respondió que la misma alcanza sólo algunas regiones de sus respectivos países, en general coincidentes con las ciudades capitales y sus áreas de influencia, así como los principales aglomerados urbanos; y un 15% no sabe o no contesta (Gráfico 4). Estos resultados podrían estar coincidiendo con la información recolectada en la evaluación de 1996 (aunque la pregunta se hizo en forma diferente), pues entonces nadie consideró adecuada la cobertura y más de la mitad la consideró inadecuada. Surge claramente que se requieren aún mayores esfuerzos para el incremento de la cobertura en una importante cantidad de países de la Región.



—Desafío 6—

Debería indagarse más profundamente acerca de las razones detrás de la escasa o relativa aplicación de las normas existentes en casi todos los países. Tal vez se deba en parte a inadecuaciones debido a la carencia de actualizaciones. En todo caso, sumado a los procesos de actualizaciones y/o formulaciones, deberían intensificarse los procesos de difusión/capacitación de recursos humanos para una aplicación más efectiva de las normas de atención.

—Desafío 7—

Habría que encontrar una estrategia efectiva para promover una mayor aplicación en los centros del primer nivel de los contenidos específicos en aquellos países donde existen pero hay déficit en su puesta en práctica, y desarrollarlos en aquellos donde aún no existen.

—Desafío 8—

Pese al avance logrado, sería recomendable profundizar el análisis en cuanto a número e índole de tales equipos en cada uno de los niveles de atención.

—Desafío 9—

Sería aconsejable hacer estudios de mayor profundidad de servicios que son relativamente recientes, y de cuyas características y modos de implementación aún no se ha sistematizado suficientemente ni evaluado sus condiciones de eficacia.

—Desafío 10—

Debiera intensificarse la articulación de los servicios de salud (en todos los niveles de atención) con las universidades, los centros o clubes deportivos, los juzgados, la policía y otras organizaciones o instituciones locales que resulten relevantes en cada caso.

—Desafío 11—

Se debería poner más énfasis en la cobertura geográfica de los servicios de salud de adolescentes, ya que tanto en la evaluación de 1996 como en la actual, la mayoría de los encuestados la consideraron inadecuada.

4. PARTICIPACIÓN Y REDES SOCIALES

La Tabla 21 da cuenta de la *participación de las organizaciones comunitarias en la gestión de los servicios de salud de los diferentes niveles*. Como era de esperar, donde parece haber mayor participación por parte de esas organizaciones es en los establecimientos del primer nivel de atención, por ser estos los más directamente conectados con las comunidades barriales. Resulta difícil la comparación de esos datos con los recolectados en 1996, pues entonces no se discriminó por niveles de atención; en general, en aquel momento, sólo el 16% consideró que la participación comunitaria en los servicios era alta, un 42% la consideró mediana y un 31% la consideró baja (11% no contestó o no supo).

Tabla 21: Participación de las organizaciones comunitarias y/o de la sociedad civil en la gestión de los servicios de salud a nivel local (% de respuestas)

Participación y niveles de atención	%
En el 1er nivel	63
En el 2do nivel	23
En el 3er nivel	8
No participan	6
No Sabe	21

Acerca de la existencia en los países de ejemplos relevantes de *participación de los/las adolescentes en la gestión de los servicios de salud a nivel local*, la Tabla 22 sintetiza las respuestas, que en algo más de la mitad afirman que ésta se concreta fundamentalmente en los centros del primer nivel, lo cual es coherente con lo antes descrito sobre la participación comunitaria en general. En 1996 hubo un 66% que consideró baja o nula la participación de los adolescentes en los servicios, pero es difícil

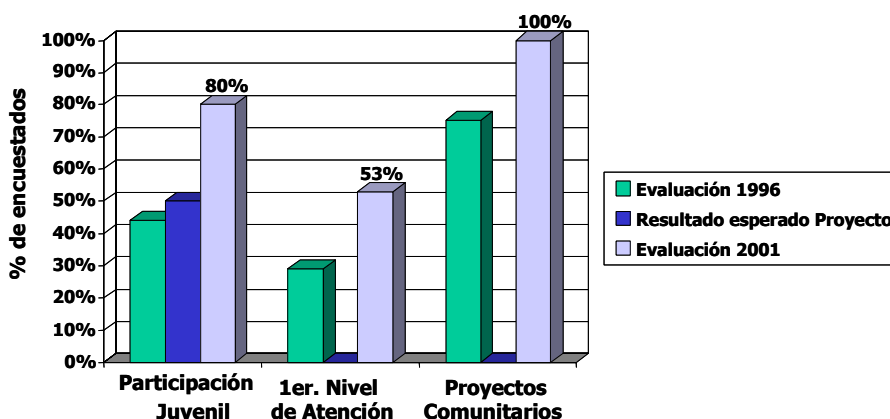
la comparación con los datos actuales pues entonces no se discriminó según niveles de atención, y las diferencias que aparecen según niveles son significativas, como se ve en el Gráfico 5.

Tabla 22: Participación de las/los adolescentes en los servicios de salud (% de respuestas)

Participación y niveles de atención	%
En el 1er nivel de atención	53%
En el 2do nivel de atención	11%
En el 3er nivel de atención	8%
No participan	20%
No sabe	18%

Gráfico 5

Percepción acerca de la participación juvenil (PJ) 1996 - 2001 en países LAC



Lo cierto es que a través del análisis de lo respondido por todos los actores encuestados, pareciera escasa aún la incorporación de los adolescentes como actores protagónicos en los servicios de todos los niveles (pero peor en los de segundo y tercer nivel), lo cual convertiría a éste en un importante desafío para el futuro inmediato, al igual que en el caso más general de la participación comunitaria.

Sin embargo, si el análisis se hace acorde al mencionado procedimiento de ponderación de las respuestas, surge que en 19 países (73%) habría participación de los adolescentes en alguno de los servicios de salud, fundamentalmente en el primer nivel.

Tabla 23: Existencia de articulación de los servicios con otras organizaciones y participación de los/las adolescentes en los servicios en los países (cantidad y %)

Participación Articulaciones	Sí		No		NsNC	
	Q	%	Q	%	Q	%
Sí	17	65	4	15	-	-
No	1	4	1	4	1	4
Ns/Nc	1	4	1	4	-	-

La gran mayoría de los encuestados afirmó que existen *proyectos locales relevantes* en sus países y que todos ellos incluyen la participación de los adolescentes. Un 33% contestó que no sólo son llevados a cabo por las organizaciones de la sociedad civil, sino que también existen proyectos participativos de los gobiernos provinciales/estadales o municipales. Hubo avances en este aspecto con relación a lo observado en 1996, cuando fue un 77% que respondió que en sus países existían proyectos locales relevantes sobre salud integral de los/las adolescentes.

Los datos actuales ponen en evidencia que en los proyectos locales llevados a cabo por organizaciones no sectoriales (de la sociedad civil o de áreas de gobiernos municipales o provinciales/estadales) es mayor la magnitud de la participación de los adolescentes, respecto de la que se da en los establecimientos de salud.

Por otra parte, se indagó también sobre el *tipo de participación* de los adolescentes, tanto en los servicios de salud como en los proyectos locales. La Tabla 24 sintetiza las respuestas obtenidas. De esa tabla puede inferirse que también es mayor el protagonismo de los adolescentes en los proyectos locales que en los servicios, ya que es más del doble la cantidad de respuestas que afirman que ellos participan en la toma de decisiones (68% de respuestas en los proyectos y 32% de respuestas en los servicios) (Gráfico M, Anexo 3). En 1996, un 50% manifestó que los adolescentes participaban en la toma de decisiones en los proyectos locales, de modo que también en esta variable hubo avances.

Tabla 24: Tipo de participación de los/las adolescentes en proyectos y en los servicios de salud (% de respuestas)

Tipo de participación	En proyectos locales %	En los servicios %
Asisten cuando son convocados a charlas, videos, reuniones, etc.	58	57
Participan en la realización de actividades planteadas por el proyecto o servicio	74	59
Participan en la toma de decisiones sobre actividades a realizar	68	32
Participan de otro modo	20	22
Ns/Nc	1	2

En cuanto a la existencia en los países de *redes sociales* para la contención o solución de las problemáticas adolescentes, las respuestas afirmativas fueron del 69% (Gráfico N, Anexo 3). Aplicando el procedimiento de ponderación de las respuestas, surge que son 22 los países (85%) donde existen experiencias relevantes de redes sociales orientadas a la población adolescente. Los temas más frecuentes que abordan estas redes son: salud sexual y reproductiva, en particular para prevenir embarazos no deseados en adolescentes y para prevención de ITS y SIDA, violencia, abuso sexual, prevención/atención de adicciones, relaciones familiares, educación (fundamentalmente para la reinserción de los que abandonaron el sistema educativo y apoyo para evitar deserciones), promoción de derechos, generación de ingresos, entre otros temas. Las organizaciones que se involucran en esas redes provienen tanto de áreas gubernamentales (nacionales, provinciales/estaduales, distritales, municipales) como no gubernamentales; se mencionan sobre todo universidades, establecimientos de salud, grupos parroquiales, organizaciones de base/vecinales, iglesias, defensorías, asociaciones de periodistas, etc. El alcance de dichas redes es diverso: algunas son nacionales o regionales, pero la mayoría menciona un alcance barrial, distrital o municipal.

— **Desafío 12** —

No sólo es necesario hacer mayores esfuerzos para incrementar la participación de los adolescentes (sobre todo en los servicios), sino además mejorar la índole de esa participación, desde el punto de vista de la intervención en las decisiones y la gestión, que es lo que promovería la construcción de ciudadanía en los/las adolescentes, como forma superadora (aunque no excluyente) de las modalidades más tradicionales de brindarles información, capacitación o convocarlos para eventos. Sin duda, la participación de adolescentes en actividades de promoción social incrementa su sentido de solidaridad, lo cual está lejos de ser irrelevante; por ello debe aclararse que no se trata de sustituir unas modalidades por otras, sino que las diversas formas de participación deben conjugarse. Es mucho lo que aún deben avanzar en este campo los establecimientos sectoriales. Ello contribuiría más eficazmente al cumplimiento de lo especificado en el objetivo 3 del Plan de Acción, acerca del “empoderamiento” de los adolescentes para que los mismos sean protagonistas y verdaderos agentes de cambio.

— **Desafío 13** —

En la mayoría de los países es necesario intensificar los estímulos a la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud mediante actividades de calificación de la demanda para una mejor intervención y ejercicio ciudadano de la población usuaria real o potencial. Pero también deben producirse profundos cambios en las concepciones y conductas de los recursos humanos en los servicios y en sus diseños y desempeños institucionales, para provocar una apertura institucional que permita la creación de espacios para la participación comunitaria en las decisiones y en la gestión.

—Desafío 14—

Debieran encargarse estudios que permitan un mayor conocimiento de las características estructurales y las dinámicas de estas redes en pro de la salud y/o el desarrollo de la población adolescente, pues se carece de sistematizaciones y evaluaciones al respecto.

5. POLÍTICAS Y LEGISLACIÓN

En este capítulo se indagó en primer lugar acerca del *grado de interés de los gobiernos nacionales* actuales por la temática de adolescencia, entendiendo que ese interés es crucial para que la misma sea incluida o profundizada eficazmente en las agendas públicas de los países. Sólo la cuarta parte de los encuestados opinaron que ese interés es alto; un 44% opinó que es mediano, un 23% que es bajo y un 7% no sabe o no contestó. Aplicando el procedimiento de ponderación de las respuestas, surge que en 8 países (31%) los gobiernos tendrían interés en el tema; ese interés sería mediano en 12 países (46%) y bajo en los restantes 6 (23%) (Gráfico O, Anexo 3).

En cuanto a la existencia de *lineamientos políticos específicos para adolescencia en los diferentes sectores de los gobiernos nacionales*, la Tabla 25 informa que los sectores que mayormente cuentan con tales lineamientos en los países de la Región son salud y educación; la confiabilidad de estas respuestas sin embargo es baja, ya que en los sectores restantes es alta la cantidad de “no sabe/no contesta”. Ponderando las respuestas, resulta que son 19 los países (73%) que cuentan con lineamientos políticos sectoriales en salud (al igual que en educación) (Gráfico P, Anexo 3).

Tabla 25: Existencia de lineamientos políticos según sectores (Cantidad de países)

Sectores \ Existencia lineamientos políticos	Existen	No existen	Ns/Nc
Sector salud	19	7	-
Sector educativo	19	2	5
Sector de trabajo / empleo	11	5	10
Sector de justicia	12	4	10
Otros sectores	4	-	-

Son 22 (85%) los países que cuentan con *legislación promulgada* referida a las/los adolescentes, restando aún 4 países (15%) donde es necesario avanzar en tal sentido (Gráfico 6). En 8 países (32%) la antigüedad de esas leyes es menor a 3 años; en 4 países (18%) la legislación tiene 4 ó 5 años y son 9 países (41%) donde dichas leyes fueron promulgadas hace más de cinco años. En la evaluación de 1996, fue una cuarta parte de los encuestados que opinó que la legislación de sus países en materia de adolescencia estaba *actualizada*. Pareciera entonces haberse incrementado la necesidad

de una revisión (y eventualmente un ajuste) de la legislación vigente en algunos países de la Región.

Gráfico 6
Comparación entre legislaciones de salud de adolescentes
1996 - 2001 en países LAC

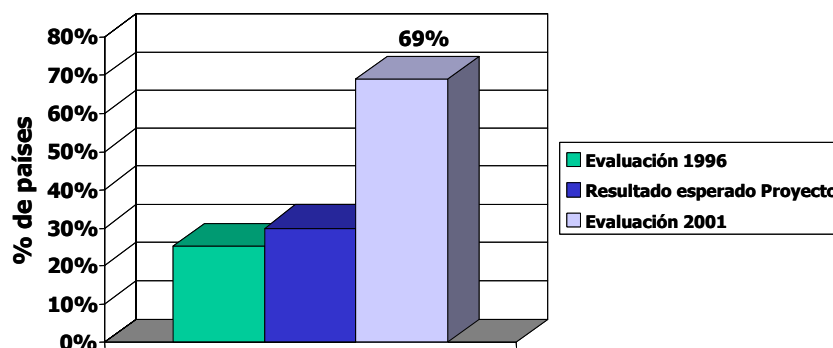


Tabla 26: Existencia de programa nacional de salud de los/las adolescentes y de lineamientos políticos sectoriales (de salud y otros) en los países (cantidad y %)

Existencia de lineamientos políticos	Sí		No		NsNC	
	Q	%	Q	%	Q	%
Sí	17	65	1	4	4	
No	2	8	6	23	23	

Se pidieron opiniones acerca de la *adecuación de la legislación* por un lado respecto del marco conceptual de salud integral de los/las adolescentes y por otro, con relación a las problemáticas y necesidades de los adolescentes. En la Tabla 27 se resumen las respuestas obtenidas, de donde se infiere que hay entre un 33% y un 37% que encuentra adecuada o muy adecuada la legislación en ambos sentidos, mientras que entre un 27% y un 32% la consideran poco adecuada o inadecuada (Gráficos Q y R, Anexo 3). En 1996 fue muy bajo el porcentaje de encuestados que consideró *adecuada* la legislación vigente, mientras la mitad opinó que era inadecuada.

Tabla 27: Adecuación de la legislación (% de respuestas)

Adecuación	Muy adecuada	Adecuada	Poco adecuada	Inadecuada	Ns/Nc
Al marco conceptual de salud integral	10	27	23	4	37
A la situación de los/las adolescentes	7	26	30	2	35

Si se utiliza el mecanismo de ponderación de las respuestas, serían 11 los países (50% de los que cuentan con legislación) donde la misma fue valorada como “adecuada” (en relación a uno o ambos criterios); en ningún país se la valoró como “muy adecuada”; en 9 países (41%) fue valorada como “poco adecuada” y en uno como “inadecuada” (en uno de los países los encuestados no contestaron esta pregunta).

Cuando se preguntó acerca del *grado de aplicación de las leyes*, algo más de la mitad (51%) opinó que se aplican escasamente y un 5% opinó que no se aplican; fue un escaso 8% que contestó que se aplican en sus países (un 35% no sabe o no contesta). Si se ponderan las respuestas, se obtiene que las leyes se aplican efectivamente en 4 países (18%), escasamente en 16 países (72%), no se aplican en un país (5%) y en otro (5%), los encuestados no supieron contestar (Gráfico S, Anexo 3).

Por ende, se estaría frente al desafío de difundir y hacer efectivas las leyes vigentes, mediante intensas actividades que permitan cambios en las concepciones de los adultos y particularmente de los recursos humanos en las instituciones; paralelamente deben introducirse cambios en los diseños y desempeños institucionales, para que la letra de las leyes se convierta en prácticas sociales. Esto contribuiría a un mejor cumplimiento de la correspondiente especificación del objetivo 1 del Plan de Acción, que proponía fortalecer los procesos de formulación e implementación de las políticas, la legislación y la abogacía.

—Desafío 15—

Queda por delante una intensa tarea de sensibilización sobre la temática de adolescencia en los niveles político partidarios, no sólo de los gobiernos de turno, sino de todos aquellos dirigentes políticos con probabilidades de acceder a funciones de gobierno.

—Desafío 16—

Si bien en esta evaluación aparece algo más de conformidad de los encuestados en cuanto a la adecuación de las leyes, los resultados descritos estarían reforzando la recomendación efectuada en la evaluación anterior acerca de los requerimientos de revisión (y eventual ajuste) de la legislación en algunos países de la Región.

6. INCLUSIÓN DE CONTENIDOS SOBRE SALUD DE LOS/LAS ADOLESCENTES EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

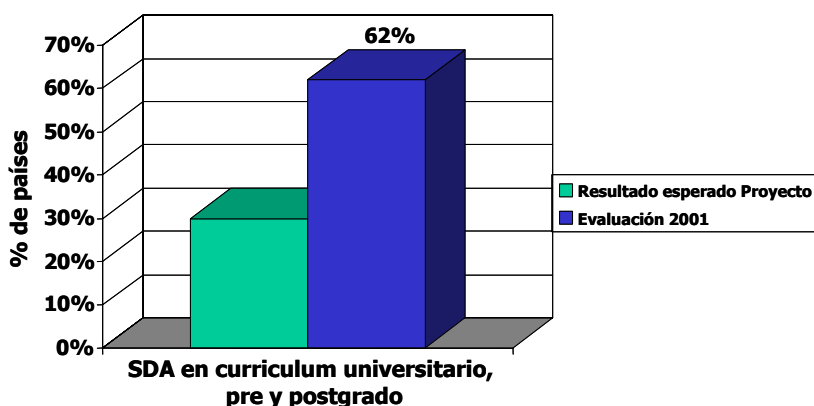
Alrededor de la mitad de los encuestados informan que se introdujeron contenidos sobre Salud Integral en Adolescencia en los currículos académicos de algunas disciplinas de salud, tanto en pregrado como en postgrado; sólo un 13% que informa que en sus países aún no se incorporaron (un 18% no sabe o no contesta).

Para hacer este análisis por países, ponderando las respuestas según los criterios antes aclarados, surge que en 16 países (62%) habrían incorporado contenidos tanto en pre como post grado, dos países (el 8%) los incorporaron sólo en el pregrado y uno (el 3%) sólo en el post grado, mientras que siete países (el 27%) aún no realizaron esas incorporaciones (Gráfico T, Anexo 3).

Las respuestas indican que dichas incorporaciones curriculares fueron mayormente en las carreras de medicina, luego en las de enfermería, y en menor medida en las de ciencias sociales (Gráfico U, Anexo 3).

En 12 países (46%) de la Región existen maestrías o especializaciones destinadas específicamente a Salud Integral en Adolescencia y en 14 aún no las hay (54%) (Gráfico V, Anexo 3).

Gráfico 7
Incorporación de SDA en curriculum universitario
2001 en países LAC



En materia de contenidos para la formación de los recursos humanos se ha cumplido con lo especificado en el objetivo 3 del Plan de Acción, que proponía el desarrollo de los recursos humanos.

—Desafío 17—

En función de los avances logrados en este campo, merecería hacerse un estudio especial que profundice sobre la índole y calidad de los contenidos introducidos en los

currículos académicos, así como un análisis de las maestrías y cursos de especialización existentes en la Región.

7. COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN

Se solicitaron apreciaciones acerca de la *comunicación social y la difusión que en materia de adolescencia desarrollan los niveles centrales de salud*. La Tabla 28 da cuenta de las respuestas obtenidas; allí puede observarse que el 90% considera regular o mala esa actividad de los niveles centrales. En la evaluación de 1996, si bien la pregunta se formuló en forma diferente, fue el 60% que consideró regular o mala la pertinencia y amplitud temática de los mensajes comunicacionales de los niveles centrales de salud, de modo que podría decirse que este aspecto empeoró en los países.

Tabla 28: Apreciación sobre la comunicación social y la difusión de los niveles centrales de salud (% de respuestas)

Apreciación	%
Buena	7
Regular	58
Mala	32
Ns/Nc	3

También se indagó acerca de cuáles son las *temáticas* que aborda la comunicación social del nivel central de salud en materia de adolescencia. En la Tabla 29 se presenta el ranking que ordena los temas que se abordan de mayor a menor frecuencia. Los más frecuentes son: sexualidad, adicciones, violencia y educación.

Tabla 29: Temas que aborda la comunicación social del nivel central de salud en materia de adolescencia (% de respuestas positivas)

Temas	Ranking (%)
Sexualidad	87
Adicciones	77
Violencia	63
Educación	59
Uso del tiempo libre	34
Hábitos alimentarios	32
Lazos familiares	31
Trabajo	28
Arte y cultura	23
Otros temas	13

Cuando se preguntó sobre la *efectividad en la población destinataria* de la comunicación y difusión social que se produce desde el nivel central de salud, alrededor de una tercera parte de los encuestados (32%) opinó que es mediana; más de la mitad (54%) opinó que es baja; un escaso 4% opinó que es alta (11% no sabe o no contesta).

Parece haber un deterioro respecto de los resultados de 1996, cuando una tercera parte consideró escasa la efectividad de la comunicación y difusión social, otra tercera parte la consideró mediana, y otra no supo o no contestó.

Por otro lado, se preguntó sobre la *magnitud del espacio que los medios de comunicación de los países respectivos destinan a temas vinculados a la salud de las/los adolescentes*; más de la mitad (52%) opinó que ese espacio es escaso o nulo, un 41% lo calificó de regular y sólo un 4% lo consideró amplio (3% no sabe o no contesta).

— **Desafío 18** —

Es necesario encontrar estrategias de comunicación más efectivas en los niveles centrales nacionales de salud de los/las adolescentes de la mayoría de los países de la Región. Por otra parte, en cada país debieran establecerse negociaciones con las empresas productoras de comunicación en los medios masivos, para conseguir mayores espacios destinados a mensajes de salud integral para los/las adolescentes; también se requiere desarrollar o fortalecer las regulaciones existentes que controlen mensajes de violencia o que promuevan consumos de alcohol, tabaco, drogas, etc., entre otros hábitos o conductas no saludables.

En este sentido, aún parecen necesarios mayores esfuerzos en procura del cumplimiento del objetivo 4 del Plan de Acción, que se proponía fortalecer la capacidad de los países en la utilización de la comunicación social en adolescencia.

8. COOPERACIÓN DE OPS/OMS EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN

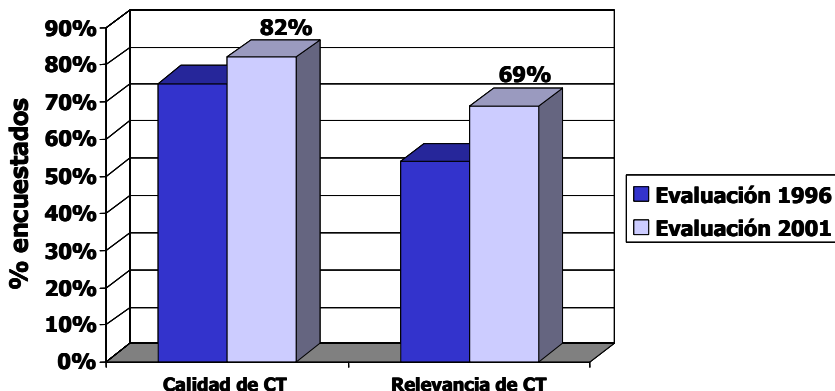
Se solicitó a los encuestados una *calificación global*, en una escala de 1 a 10, acerca de las contribuciones de OPS/OMS en los países en materia de adolescencia, y en comparación con otras cooperaciones recibidas, ya sea en otros temas y/o provenientes de otras agencias. Los resultados se muestran en la Tabla 30. Como puede verse allí, el 60% de las respuestas se concentran en las puntuaciones mayores (del 7 al 10), lo cual revela bastante conformidad general con las contribuciones recibidas (Gráfico 8).

**Tabla 30: Calificación global de la cooperación OPS/OMS
(% de respuestas)**

Escala de calificación	%
1	1
2	1
3	1
4	6
5	9
6	4
7	18
8	23
9	14
10	6
No Responde	17

Gráfico 8

Comparación percepción de calidad y relevancia de cooperación Técnica (CT) en desarrollo de recursos humanos 1996 - 2001 en países LAC



Se preguntó acerca de los *temas* en que hubo tal cooperación técnica; las respuestas se ordenaron en la Tabla 31 en forma de ranking.

Tabla 31: Temas en los que hubo cooperación técnica de OPS/OMS (% de respuestas positivas)

Temas de la cooperación	Ranking
Desarrollo e implementación de planes, programas y servicios	85
Formación de recursos humanos	82
Redes de información y de difusión de conocimiento	72
Formulación de políticas, legislación, abogacía	69
Investigación	66
Movilización de recursos	62
Participación juvenil	58
Comunicación social	50
Otros aspectos	14

Se pidió la valoración de la *relevancia de la cooperación* brindada por OPS/OMS en los diferentes temas, y las respuestas se sintetizan en la Tabla 32. Se puede advertir allí que los temas donde la cooperación está muy valorada son: formulación de políticas, legislación y abogacía y desarrollo e implementación de planes, programas y servicios; también fue considerada relevante la cooperación en los temas de formación de recursos humanos y sobre las redes de información y de difusión de conocimiento.

Tabla 32: Relevancia de la cooperación OPS/OMS según temas (% de respuestas)

Temas de la cooperación	Muy relevante	Relevante	Poco relevante	Irrelevante	NS/NR
Formulación de políticas, legislación, abogacía	33	32	2	7	25
Desarrollo e implementación de planes, programas y servicios	35	45	5	2	13
Formación de recursos humanos	22	47	14	3	15
Comunicación social	10	38	14	10	29
Redes de información y de difusión de conocimiento	14	50	9	3	23
Investigación	14	32	18	10	25
Participación juvenil	20	28	12	9	31
Movilización de recursos	20	28	13	6	33
Otros aspectos	3	5	0	0	92

En particular se indagó acerca de la *difusión y utilidad de las publicaciones de la OPS/OMS*. Son dos las publicaciones que, según las opiniones volcadas, tienen alta difusión:

- ❖ *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998 -2001.* Maddaleno, M. (29%)
- ❖ *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* OPS/Kellogg. M. Burt. (23%)

Respecto a las demás publicaciones el porcentaje de respuestas opinando que la difusión es alta, no alcanza al 20%. Sobre muchas publicaciones, más del 45% opina que la difusión es baja; esta proporción se acentúa agregando los que no saben o no contestan (más del 55%). Y, por último, sobre la utilidad de las publicaciones, son 4 las que fueron consideradas altamente útiles:

- ❖ *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998 -2001.* Maddaleno, M. (30%)
- ❖ *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* OPS/Kellogg. M. Burt. (29%)
- ❖ *Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente y Módulos de Atención.* OPS/Kellogg. Moreno y cols. (30%)
- ❖ *Evaluación sobre oportunidades Perdidas de Atención Integral del Adolescente* OPS/Kellogg. Zubarew y cols. (22%)

La proporción de respuestas que valoran como baja la utilidad de diversas publicaciones, en varios casos supera el 50%.

Se indagó además acerca de las *prioridades de la futura cooperación técnica de OPS a los países*. En la Tabla 33 se informa sobre las opiniones de los encuestados acerca de esas prioridades en los denominados *temas sustantivos*, es decir, aquellos referidos a cuestiones de salud de los/las adolescentes. Dado que se podía responder por más de un tema, el universo o total considerado no son los encuestados sino las respuestas obtenidas a las distintas alternativas de la correspondiente pregunta (284). Según la frecuencia de respuestas a cada alternativa, se estableció un ranking, donde se

puede observar que la temática prioritaria es la de violencia o maltrato y en segundo lugar la de salud sexual y reproductiva.

Tabla 33: Prioridades para la cooperación técnica de OPS—temas sustantivos (% de respuestas)

TEMAS	Q de respuestas	% de respuestas
Violencia/maltrato	81	29
Salud sexual y reproductiva	67	24
Abuso de drogas	33	12
Legislación	29	10
Crecimiento y desarrollo	26	9
Hábitos alimentarios/Nutrición	22	7
Otros	26	9
TOTAL	284	100,0

NOTA: En la categoría “otros” se incluyeron: lazos familiares, desarrollo/fortalecimiento de servicios, promoción de derechos y ciudadanía, capacidades de los padres, etc.

En cuanto a los *temas instrumentales*, es decir, aquellos que son de apoyo a los anteriores y tienen que ver en general con aspectos de la gestión social o gerencia de programas y proyectos, las prioridades fueron las que se informan en la Tabla 34. También en este caso el universo no son los encuestados sino las respuestas obtenidas.

Lo primero que llama la atención es que hubo mayor cantidad de respuestas en estos temas instrumentales que en los sustantivos, lo cual tiene que ver seguramente con las mayores carencias existentes en capacidades de gerencia. El tema instrumental más requerido por los encuestados fue el de la evaluación, seguido de la formulación de programas y proyectos. Este hallazgo fue coincidente con los resultados emergentes de la reunión realizada en Guatemala entre el 26 y el 28 de noviembre de 2001, con la asistencia de los puntos focales de OPS en la Región y de algunos directores de programas nacionales; allí también una de las conclusiones principales de los grupos de trabajo fue la solicitud de mayor capacitación y asistencia técnica en materia de evaluación y para la formulación de programas y proyectos.

Tabla 34: Prioridades para la cooperación técnica de OPS—temas instrumentales

TEMAS	Q de respuestas	% de respuestas
Evaluación	70	20
Formulación de programas y proyectos	65	19
Gerencia social	54	16
Metodologías participativas de gestión	48	14
Fortalecimiento de liderazgos juveniles	43	13
Trabajo en equipo	35	10
Otros	26	8
TOTAL	341	100

NOTA: En la categoría “otros” se incluyen: trabajo en red, trabajo intersectorial, investigación, abogacía, descentralización, reforma sectorial, recaudación de fondos, etc.

—Desafío 19—

Se requiere un análisis acerca de los circuitos de distribución de las publicaciones en los países, para que las mismas lleguen efectivamente a los actores relevantes. Asimismo, debiera ser materia de reflexión la selección de trabajos a publicar y difundir. Tal vez la conformación de un grupo amplio de consulta, rotatorio en forma periódica o integrado en forma acorde con las temáticas diversas, por expertos provenientes de los países de la Región y miembros de las sociedades científicas respectivas, permita mayor adecuación de los temas y trabajos publicados a las expectativas de la gente. Otra cuestión aconsejable, complementaria de la anterior, es la de recoger información en forma periódica y con métodos sencillos y rápidos, las prioridades y requerimientos de los diversos tipos de actores que tienen que ver con la temática y el trabajo con los/las adolescentes en la Región. Es posible que esas formas de recolección periódica de información permitan mejorar la orientación no sólo de las publicaciones, sino del conjunto de la cooperación técnica de OPS/OMS en materia de adolescencia.

IV. COMENTARIOS COMPARATIVOS ENTRE REGIONES

Aclaración preliminar

En este capítulo se comparan las situaciones subregionales en algunos de los aspectos analizados previamente para el universo de los 26 países, sobre la base de las matrices cualitativas por países y subregiones que se presentan en el Anexo 3. Los aspectos seleccionados, en total 16, aparecen en una lista al comienzo de ese anexo, y son los que se consideraron de mayor relevancia para este análisis. Los comentarios siguen el orden de esa lista y en algún caso se agruparon variables.

1. Interés gubernamental por el tema de adolescencia

La subregión donde parece haber mayor interés por el tema de adolescencia por parte de los gobiernos es en Centroamérica, seguido del Caribe y luego Sudamérica. Ese orden es distinto al del grado de desarrollo conseguido en las subregiones en la materia.

2. Existencia de diagnósticos nacionales (de población y de recursos institucionales y humanos)

En la Tabla 35 se evidencia que son los países centroamericanos los que han tenido mayor avance en materia de elaboración de diagnósticos en general, a pesar de ser un proyecto de menor duración, seguidos de Sudamérica y el Caribe; sin embargo, es importante notar que en cuanto a los diagnósticos poblacionales en particular, los países caribeños superan a las otras dos subregiones, ya que el 100% cuenta con ellos.

Tabla 35: Existencia de diagnóstico nacional según tipo, por subregión (Cantidad de países)

Tipo de diagnóstico	Caribe	Centroamérica	Sudamérica
De población	6	8	7
De recursos institucionales	-	5	1
De recursos humanos	1	3	2

Todo indicaría que los países centroamericanos, al conocer más sus propias situaciones, podrían tener un mayor desarrollo en los restantes aspectos. Pero para hacer tal afirmación sería necesario conocer en mayor profundidad la índole y calidad de los diagnósticos elaborados; un indicador de ello, aunque no demasiado “directo”, podría ser la *actualización* de esos diagnósticos, variable que se analiza en la Tabla 36, en la que sólo se tomaron en cuenta los diagnósticos de población adolescente. De allí se implica que serían pocos los diagnósticos que requerirían de actualizaciones (los de 4 ó 5 años o de más de 5 años).

Se reitera lo comentado en el acápite respectivo, acerca de la necesidad de avanzar en materia de diagnósticos de recursos institucionales (sectoriales y no) y de recursos humanos que trabajan en salud de adolescencia (real o potencialmente). Esa necesidad es mayor en los países caribeños, seguidos por los de Sudamérica y finalmente Centroamérica.

Tabla 36: Antigüedad de los diagnósticos poblacionales, por subregión (Cantidad de países)

Antigüedad del diagnóstico	Caribe	Centroamérica	Sudamérica
Menos de 2 años	1	6	4
2 ó 3 años	3	1	2
4 ó 5 años	2	1	1
Más de 5 años	-	1	-

3. Existencia de Programa Nacional de salud de los/las adolescentes y evaluaciones realizadas

La subregión que cuenta proporcionalmente con mayor cantidad de países que tienen programa nacional de salud de los/las adolescentes es Centroamérica, seguido de Sudamérica y por último el Caribe, con escaso desarrollo en la materia (sólo un país tiene programa). También es Centroamérica la Región que ha hecho mayor esfuerzo en evaluación de sus programas (ya que no se puede considerar el caso del Caribe, que parece haber evaluado el único programa que posee la subregión).

También en este caso debiera profundizarse el análisis considerando la actualización de los programas así como la diversidad de aspectos o temáticas consideradas, (es decir, su carácter integral) y por supuesto, la índole de los enfoques conceptuales adoptados y las acciones realmente desarrolladas (grado de ejecución).

Tabla 37: Países con programa nacional de salud de los/las adolescentes y evaluaciones realizadas, según subregiones (Cantidad de países)

Programa / Evaluaciones	Caribe	Centroamérica	Sudamérica
Hay programa nacional	1	9	8
No hay programa nacional	5	1	2
Evaluaciones realizadas	1	5	2

4. Desarrollo de los servicios de salud para adolescentes

En la Tabla 38 se resume el desarrollo de los servicios de salud en los países, considerando como indicadores relevantes la existencia de siete aspectos. Los países de Centroamérica y Sudamérica parecen haber alcanzado desarrollos similares, mientras que el Caribe muestra un importante rezago, frente al cual se debieran hacer esfuerzos de equiparación con el resto de la Región y a ello debería enfocarse también la cooperación técnica. Sin embargo, algunos países de Sudamérica debieran fortalecer la participación de los/las adolescentes en los servicios, al igual que algunos países de Centroamérica, donde además deberían poner énfasis en incluir atención diferenciada en el segundo nivel. Para mayor profundidad en este análisis que fundamentalmente toma en cuenta la mera existencia de los aspectos detallados, más que su calidad, deberán realizarse estudios específicos.

Tabla 38: Desarrollo de los servicios de salud para adolescentes en base a 7 indicadores, según subregiones (cantidad de países)

Aspectos con que cuentan	Caribe	Centroamérica	Sudamérica
Normas nacionales de atención	1	9	9
Contenidos específicos para 1er nivel	2	9	9
Atención diferenciada en 2º nivel	1	8	10
Servicio de referencia	2	10	9
Equipos multiprofesionales	1	9	9
Consejerías	6	10	9
Participación de adolescentes	3	8	8

5. Desarrollo de la legislación y de las políticas

En la Tabla 39 se analiza el desarrollo en la legislación ocurrido en las subregiones; al respecto se analiza no sólo la existencia sino las opiniones vertidas por los encuestados acerca de su adecuación (tanto respecto del marco conceptual de salud integral de los/las adolescentes como a las necesidades y problemáticas de esa franja poblacional), y acerca de su aplicación efectiva. En Centroamérica y en Sudamérica el problema mayor parece estar en el grado en que las leyes existentes se aplican, aunque también es prácticamente la mitad de los países que deberían adecuar esas leyes según los dos criterios mencionados. El mayor rezago es en los países caribeños, donde además de ser menor la proporción de países que tiene legislación específica, la misma no es valorada como adecuada ni su aplicación parece ser efectiva. Sería conveniente entonces enfocar los esfuerzos de la cooperación técnica acorde con tales debilidades.

Tabla 39: Existencia, adecuación y aplicación de legislación específica para adolescentes, según subregiones (cantidad de países)

Legislación específica	Caribe	Centroamérica	Sudamérica
Existen leyes específicas	4	9	9
Valoradas como adecuadas	0	5	6
Se aplican efectivamente	0	2	2

Respecto de la existencia de **lineamientos políticos sectoriales** específicos para los/las adolescentes, en salud y otros sectores, en el Caribe hay dos países donde existen (la tercera parte del universo subregional), en Centroamérica, son nueve (el 90% del universo subregional) y en Sudamérica son ocho países (80% del universo respectivo). Por lo tanto, serán necesarios mayores esfuerzos por parte de los países caribeños para lograr allí mayor alcance de las políticas sectoriales, y también deberá sumarse allí la cooperación técnica que se requiera.

6. Introducción de contenidos sobre salud de los/las adolescentes en la formación de profesionales de la salud

Respecto a la introducción de contenidos curriculares sobre salud de los/las adolescentes en el pre y post grado de las disciplinas académicas relacionadas con la salud, así como la existencia de maestrías o especializaciones de postgrado en salud integral de los/las adolescentes, se presenta la información para las tres subregiones en la Tabla 40. Como sucede en muchas de las variables analizadas anteriormente, las situaciones de Centroamérica y Sudamérica están bastante parejas, siendo la mayoría de

los países los que introdujeron contenidos curriculares sobre adolescencia en pre y/o post grado de las disciplinas académicas relacionadas con la salud. En cuanto a la existencia de maestrías o especializaciones, en ambas subregiones son el 60% los países que las incluyeron. También en estas variables relacionadas con la formación de los profesionales, es en los países caribeños donde se deberán hacer los mayores esfuerzos.

Tabla 40: Introducción de contenidos curriculares y existencia de maestrías o especializaciones

Contenidos de formación	Caribe	Centroamérica	Sudamérica
Contenidos curriculares de pre y post grado	2	8	9
Maestrías o especializaciones	0	6	6

—Desafío 20—

El alto interés por parte de países en Centroamérica y el Caribe es una oportunidad para profundizar el trabajo de cooperación de OPS/OMS, y hace que las acciones futuras de cooperación tengan mayor viabilidad y muestren mayores probabilidades de éxito.

V. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES RECOMENDACIONES

Aclaraciones preliminares

Se resumen aquí las principales recomendaciones, la mayoría de las cuales se fueron expresando a lo largo del texto anterior. La agrupación de las mismas se hará en forma similar a los capítulos considerados en el presente informe.

Si bien las recomendaciones se formulan en general para el conjunto de los países de la Región, una advertencia preliminar consiste en revisar las principales debilidades señaladas para las diferentes subregiones, para orientar mejor el foco de los esfuerzos nacionales y de la cooperación técnica de OPS/OMS

Acerca de los diagnósticos nacionales:

1. Realizar los *diagnósticos nacionales de la situación de la población adolescente* en aquellos países que aún no tienen uno y tener en cuenta, en las futuras actualizaciones de los diagnósticos existentes, de completarlos, incorporando aquellos aspectos que antes no fueron considerados (actitudes e intereses de los adolescentes, participación social y política, utilización del tiempo libre, lazos familiares, hábitos alimentarios, entre otros.)
2. Realizar *diagnósticos nacionales* que permitan conocer fehacientemente la cantidad y características *de los recursos humanos e institucionales* que trabajan actual y/o potencialmente en los países en pro de la población adolescente.

Acerca de los programas nacionales:

1. Incrementar los esfuerzos de cooperación (de la propia OPS pero también de otros países de la Región que puedan brindar cooperación horizontal) para que los ocho países que aún no tienen *programas nacionales*, los formulen y pongan en marcha.
2. Algunos programas nacionales debieran incluir además otros aspectos importantes pero escasamente considerados, tales como: fortalecimiento de los lazos familiares, desarrollo de hábitos alimentarios saludables, promoción de la educación (retención, rendimiento y nivel escolar alcanzado), promoción de capacidades y habilidades para la empleabilidad, entre otros temas.
3. Reforzar las acciones orientadas a la *recaudación de fondos*. Al respecto debería analizarse el escaso protagonismo del BID y el Banco Mundial en el financiamiento de programas nacionales de adolescencia en la Región.
4. Ampliar el espectro de las *articulaciones* ya existentes de los programas nacionales, incorporando las universidades, las áreas o programas del sector trabajo y justicia, el poder legislativo y la seguridad social.
5. Informar y *difundir más ampliamente los programas nacionales entre los recursos humanos sectoriales*, en procura de mayores adhesiones y concreciones que además promuevan el mejoramiento de los *niveles de ejecución* de esos programas nacionales.
6. Profundizar en la índole de las *evaluaciones* realizadas sobre los programas nacionales, e implementarlas en aquellos países en que aún no se han realizado; ello permitiría reorientar esos programas nacionales en forma más acorde con las necesidades y expectativas de la población destinataria. Esto se relaciona con la

recomendación que se formula más adelante acerca de ampliar el espectro de modalidades de evaluación del programa nacional, y de incluir dimensiones acerca del impacto en las poblaciones objetivo.

Acerca de los servicios de salud:

1. Indagar más profundamente en las razones de la escasa o relativa *aplicación de las normas de atención existentes*, pues tal vez ello pueda deberse, en parte, a la carencia de actualizaciones; en todo caso, sumado a los procesos de actualizaciones y/o formulaciones, deberían intensificarse los procesos de difusión/capacitación hacia los recursos humanos para la aplicación más efectiva de las normas de atención.
2. Desarrollar una estrategia efectiva para promover una mayor *aplicación de los contenidos específicos en los centros del primer nivel* en aquellos países donde existen, y desarrollarlos en aquellos donde aún no existen.
3. Realizar *estudios acerca de las características y alcance de los equipos multiprofesionales en los servicios* de los distintos niveles de atención.
4. Hacer *estudios acerca de los servicios de consejerías*, que procuren la sistematización de sus características y modos de implementación y evalúen sus condiciones de eficacia.
5. Ampliar el espectro de las *articulaciones de los servicios de salud (de todos los niveles de atención) incorporando las universidades, los centros o clubes deportivos, los juzgados, la policía y otras organizaciones o instituciones locales* que resulten relevantes en cada caso.
6. Incrementar la *cobertura* de salud de los/las adolescentes en una importante cantidad de países de la Región.

Acerca de la participación social (comunitaria y de los propios adolescentes) y las redes sociales:

1. Intensificar los estímulos a la *participación de la comunidad en la gestión de los servicios*, mediante actividades de calificación de la demanda, para una mejor intervención y ejercicio ciudadano de los usuarios reales o potenciales; promover cambios en las concepciones y conductas de los recursos humanos en los servicios y en los diseños y desempeños institucionales, para provocar una apertura institucional que permita la creación de espacios para la participación de la comunidad en las decisiones y en la gestión de los servicios de salud.
2. Incrementar la *participación de los adolescentes* (sobre todo en los servicios), tanto en magnitud como en la índole de esa participación, desde el punto de vista de la intervención en las decisiones y la gestión de los servicios de salud y de otras organizaciones que llevan a cabo proyectos de adolescencia.
3. Realizar estudios que permitan un mayor conocimiento de las *características estructurales y las dinámicas de las redes en pro de la salud y/o el desarrollo de la población adolescente*, pues se carece de sistematizaciones y evaluaciones al respecto.

Acerca de las políticas y la legislación:

1. Intensificar la tarea de *sensibilización sobre la temática de adolescencia en los actores político partidarios*, procurando adhesiones no sólo de los gobiernos de

- turno, sino de todos aquellos dirigentes políticos con probabilidades de acceder a funciones de gobierno.
2. Realizar una *revisión (y eventualmente sugerir ajustes) de la legislación vigente* en una cantidad de países de la Región.
 3. *Difundir y hacer efectivas las leyes vigentes sobre adolescencia*, mediante intensas actividades que permitan cambios en las concepciones de los adultos y particularmente de los recursos humanos en las instituciones, así como introducir cambios en los diseños y desempeños institucionales, para que la letra de las leyes se conviertan en prácticas sociales.
 4. Formular *lineamientos políticos sectoriales* (principalmente en salud) en aquellos países que carecen de ellos y realizar *estudios que permitan inferir la pertinencia de los existentes*.

Acerca de la inclusión de contenidos sobre adolescencia en los currículos académicos:

1. Realizar estudios que profundicen sobre la *índole y calidad de los contenidos introducidos en los currículos académicos*.
2. Realizar estudios sobre las *maestrías y cursos de especialización* existentes en la Región.
3. Promover en las universidades la Biblioteca Virtual en Salud de Adolescentes ADOLEC, por la oportunidad que ofrece de obtener material de interés.

Acerca de la comunicación social sobre adolescencia:

1. Apoyar el desarrollo de *estrategias comunicacionales más efectivas* en los niveles centrales nacionales de salud de los/las adolescentes de la mayoría de los países de la Región.
2. Brindar apoyo para que en cada país se establezcan *negociaciones con las empresas productoras de comunicación* en los medios masivos, para conseguir mayores espacios destinados a mensajes de salud integral para los/las adolescentes; también se requiere desarrollar o fortalecer las *regulaciones* existentes que controlen mensajes de violencia o que promuevan consumos de alcohol, tabaco, drogas, etc., sobre todo en la televisión. Capacitar a los adolescentes para que ocupen espacios en los medios de comunicación.

Acerca de la cooperación de OPS/OMS:

1. Analizar los *circuitos de distribución en los países de las publicaciones de OPS/OMS en materia de adolescencia*, para que las mismas lleguen efectivamente a los actores relevantes.
2. Conformar un *grupo amplio de consulta*, que sea rotatorio en forma periódica o integrado en forma acorde con las temáticas diversas, por expertos provenientes de los países de la Región y miembros de las sociedades científicas respectivas, para la *selección de trabajos a publicar y difundir* desde OPS/OMS.
3. *Recolectar en forma periódica y con métodos sencillos y rápidos, información sobre las prioridades y los requerimientos de los diversos tipos de actores* relacionados con la temática y el trabajo con los/las adolescentes en la Región, de modo de orientar mejor los trabajos a publicar y difundir, así como la cooperación técnica a ofrecer desde la OPS/OMS.

4. Desarrollar actividades de *cooperaciones horizontales* entre países, según sean las respectivas fortalezas y debilidades.

Acerca de la evaluación del programa regional de la OPS/OMS:

1. Incluir otras modalidades y técnicas evaluativas en la evaluación que lleva a cabo Salud y Desarrollo Adolescentes, dentro de la Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, de OPS/OMS, de modo de complementar (triangular) la aplicación del cuestionario auto-administrado a los informantes de los países, a fin de brindar mayor profundidad, continuidad y confiabilidad a las apreciaciones y recomendaciones. Eso facilitaría la toma de decisiones apropiadas en los momentos oportunos y las reorientaciones necesarias de la gestión.
2. Se sugiere realizar visitas evaluativas a los países, que incluyan observaciones situacionales, entrevistas y reuniones grupales con los diferentes actores; también solicitar periódicamente informes pautados de autoevaluación a los directores de programas nacionales y/o puntos focales OPS. Esas inclusiones además de cumplir con el propósito de la evaluación en sí, tendrán como subproducto el de dejar capacidades instaladas y promover culturas evaluativas en los países.
3. Lo anterior se potenciaría con capacitaciones y asistencias técnicas específicas (como se expresó en este documento, la cuestión de fortalecimiento de capacidades en evaluación es altamente demandada por los diversos actores en los países).
4. Promover el desarrollo de modelos evaluativos, indicadores e instrumentos apropiados para evaluaciones de impacto tanto de la cooperación OPS /OMS como de los programas nacionales, en las situaciones de la población adolescente y de la oferta institucional orientada a dicha población.
5. Desarrollar un proceso de sistematización de las experiencias de proyectos comunitarios ejecutados en la Región con la participación de los/las adolescentes. El proceso debe incluir desde el diseño de instrumentos y guías y la asistencia técnica para su utilización hasta la producción de documentos y materiales para la disseminación de las experiencias sistematizadas entre los países de la Región, para promover replicaciones con las adecuaciones que se requieran.