

Reforma sanitaria

promoción de la salud y programas de salud
de **l@s** adolescentes en la Región



Casos de Brasil, Costa Rica y República Dominicana
Estado de la situación y lineamientos estratégicos para la acción



Asdi



L. L. R. Huertas

Organización Panamericana de la Salud

División de Promoción y Protección de la Salud
Programa de Salud Familiar y Población

Unidad Técnica de Adolescencia

División de Sistemas y Servicios de Salud,
Iniciativa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y el Caribe



Reforma sanitaria, promoción de la salud y programas de salud de l@s adolescentes en la Región

Casos de Brasil, Costa Rica y República Dominicana: Estado de la situación y lineamientos estratégicos para la acción

Liliana La Rosa Huertas

Financiado por:



Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI)



Fundación W.K. Kellogg

Marzo 2001

Agradecimientos

El diseño de este estudio contó con la asesoría de la Dra. Matilde Maddaleno y las sugerencias de los Dres. José Antonio Solís, Carol Collado, Daniel López Acuña, Pedro Crocco y Pedro Brito. Asimismo, el presente texto incluye sugerencias de los Dres. Juan Manuel Sotelo, Luis Codina, Antonio Cruz Cubas y Juan Carlos Cortázar; con todos ellos quedo muy agradecida.

Liliana La Rosa Huertas,

Especializada en el Programa de Salud Internacional de la OPS Washington.

Magister en Gestión y Políticas Públicas

Magister en Salud Comunitaria con mención en Materno-Infantil y Población

Diplomada en Estudios Sociológicos

Licenciada en Enfermería

E-mail: Lilarosa@terra.com.pe

Las solicitudes para reproducir o traducir total o parcialmente esta publicación deberán dirigirse a la Unidad de Salud de Adolescentes, División de Promoción y Protección de la Salud (HPP), Programa de Familia y Población, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd St., N.W., Washington, DC 20037, USA.

Reforma sanitaria, promoción de la salud y programas de salud de I@s adolescentes en la Región

Copyright © 2001 Organización Panamericana de la Salud

Revisión de texto: *Francisca Infante, Dra. Matilde Maddaleno*

Diseño: *Sylvia Singleton*

Fotos de la portada: *Armando Waak, OPS*

Índice

Presentación del estudio de casos	5
Capítulo I: Estado, promoción de salud y salud de adolescentes	11
Papel del Estado en la salud.....	11
La salud y sus dimensiones de bien y servicio público	16
Promoción de la salud: un bien público y meritorio a subsidiar	20
□ <i>Incentivos y dificultades existentes para el desarrollo de la promoción de la salud</i>	21
El ciclo de vida.....	25
Promoción de la salud de l@s adolescentes y jóvenes	28
Capítulo II: Reforma sanitaria en la promoción de salud de adolescentes en Brasil, Costa Rica y República Dominicana	34
Reforma sectorial: rectoría, organización y provisión de servicios.....	34
Evolución de las reformas sectoriales en los tres países	37
Descripción de los modelos de atención en los tres países.....	43
La salud de l@s adolescentes en los tres países y situación de sus programas de salud	50
Capítulo III: Conclusiones y recomendaciones	55
Conclusiones generales del estudio de casos.....	55
Análisis FODA de la promoción de salud de adolescentes y programas en los tres países.....	56
Recomendaciones estratégicas para la acción	64
Bibliografía	67
Anexo	71
Guía de entrevista en profundidad no. 1.....	71
Guía de entrevista en profundidad no. 2.....	72
Guía de observación	72
<i>Notas</i>	73

Imagino un mundo en el que la solidaridad una a los afortunados con los menos favorecidos, en el que los esfuerzos colectivos contribuyan a reducir todas las enfermedades de los pobres. En el que nuestros esfuerzos colectivos aseguren el acceso de todos a una atención de salud humanitaria y competente.

Lograr que el mundo dé un paso hacia ese objetivo: ése será nuestro llamamiento a la acción.

Dra. Gro Harlem Brundtland¹

Presentación del estudio de casos

El presente documento consiste de una reflexión sobre las funciones de rectoría, organización y provisión de los sistemas de salud referidos a la promoción de la salud, y en específico, a los programas de salud de l@s adolescentes, que se han renovado con los procesos de reforma del sector salud implementados en Brasil, Costa Rica y República Dominicana. Concentraremos dicha reflexión en el diseño, implementación y evaluación de la promoción de la salud de l@s adolescentes, asumiendo que en ella el Estado tiene un papel activo y directo de regulación, promoción y provisión dada su condición de bienes y servicios públicos, meritorios y con grandes externalidades positivas.

Para la elaboración de este documento usé la metodología de estudio de casos, definida como una investigación en profundidad que: estudia un fenómeno contemporáneo en su contexto real; trata de asir el fenómeno en su contexto, aún cuando los límites entre ambos no son evidentes; utiliza múltiples fuentes de evidencia o datos, las cuales son básicamente (pero no exclusivamente) métodos cualitativos de investigación.

El estudio de caso es una de los métodos más usados para el análisis de políticas. Sus características más importantes son:

- No busca eliminar "impurezas" experimentales que presuntamente viciarían la recolección de datos y los datos mismos.
- No rehuye la existencia y el estudio de "excepciones a la regla" o "comparaciones difíciles" que perturben el proceso analítico. Por el contrario, encuentra importantes tales excepciones y en ocasiones se centra en ellas, como una forma de entender si su peculiaridad puede ser la fuente de interrogantes ignoradas por el lente hipotético de una investigación.
- Acepta y hasta cierto punto también convierte en su objeto de estudio el posicionamiento político de la investigación y de los investigadores, lo que abre un espacio para que los resultados de una investigación estén sujetos a importantes decisiones sobre cómo en materia de políticas públicas se decide enfocar o "encuadrar" un problema.
- Asume el contexto en donde ocurren los acontecimientos como un elemento que condiciona fuertemente los fenómenos mismos y el proceso de investigación.
- Enfatiza que la investigación social (y científica) trae consigo formas de percibir la realidad y conduce a formas sobre cómo intervenir en ella (racionalidad instrumental), que no están exentas de juicios morales y que tienen fuertes implicaciones para la organización de la actividad humana y de instituciones (Borges, 1996).

El diseño y relevamiento de información para este estudio de casos se realizó durante los meses de junio a octubre de 1999. Para ello, se consideraron cinco componentes básicos (Ying, 1984):

Preguntas del estudio

Proposiciones teóricas o conceptuales que guían el estudio

Unidad de análisis

Lógica que une los datos a las proposiciones

Criterios para interpretar la fortaleza de los hallazgos; sugerencias y recomendaciones

A continuación desarrollo con mayor extensión cada uno de estos componentes:

[Preguntas del estudio]

¿Cuál es la situación de la promoción de la salud y de los programas de salud de los adolescentes producida con la reforma Sanitaria y qué líneas estratégicas podemos proponer para su desarrollo en la Región?

Sub-preguntas

- ¿Cuáles son las formas más frecuentes de diseñar la promoción de la salud en los Ministerios que estudiamos?.
- ¿Cómo se implementa el papel rector de los MINSA en la promoción de la Salud, en particular en la salud de l@s adolescentes?
- ¿Ha variado la forma de diseñar los servicios encargados de la promoción de la salud, en el marco de la reforma Sanitaria? ¿En qué sentido?
- ¿Cómo se ha incorporado la perspectiva de las necesidades y expectativas de los ciudadanos adolescentes en el diseño de la promoción de la salud?
- ¿Cómo se ha ido incorporando la perspectiva de la planificación por ciclo de vida (centraremos nuestro interés en la atención de salud de l@s adolescentes y jóvenes) en los diseños de promoción de la salud? ¿Qué tipo de servicios y actividades se priorizan?
- ¿Cómo se ha ido incorporando la perspectiva de atención por ciclo de vida (ejemplo: niño, adolescencia, adulto, adulto mayor) en los esquemas de aseguramiento, en particular, cómo están incorporados los adolescentes? ¿Qué se incluyó y cómo se hizo? ¿Cómo se realiza la regulación?
- ¿Los diseños de promoción de la salud de l@s adolescentes están incorporando una mirada inter-genérica y de discriminación positiva (por pobreza, nivel de vulnerabilidad, subgrupo de edad, etc.)?
- ¿Cuáles son las características de los programas transversales (por ciclo de vida): su ubicación y solidez institucional? ¿A mejorado su apoyo y reconocimiento con los procesos de reforma?
- ¿Quiénes son los actores que implementan la provisión de los servicios y cuál es su percepción sobre la participación de los ciudadanos?

[Proposiciones teóricas o conceptuales que guían el estudio]

En el capítulo I desarrollo el marco conceptual de este Estudio haciendo una presentación de la discusión teórica que este proceso permite. Los ejes temáticos son:

- El papel del Estado hoy: características de los Estados de Bienestar para comprender el diverso tránsito al Estado moderno.
- La salud y sus dimensiones de bien y servicio público; elementos que sustentan la intervención del Estado.
- La promoción de la salud: hacemos una elaboración conceptual sobre sus objetivos, componentes y estrategias, lo que nos permite demostrar que tiene dimensiones de bien público, es un bien meritario y con amplias externalidades positivas. Responsabilidad ineludible del Estado.
- Incentivos y dificultades existentes para el desarrollo de la promoción de la salud en la Región.
- La promoción de la salud en l@s adolescentes y jóvenes, un camino a la equidad y la igualdad de oportunidades.
- La planificación de los Modelos de promoción de la salud en la perspectiva del ciudadano: el ciclo de vida, una propuesta organizacional para los Ministerios de Salud en proceso de reforma.

[Unidad de análisis]

Asumimos como unidad de análisis los procesos de reforma sanitaria y su impacto en el diseño e implementación de la promoción de la salud referida a los programas para adolescentes. En este sentido, nuestra recolección de información se realizó mediante entrevistas a actores comprometidos en dicho proceso y en diferentes niveles de decisión (central, regional, hospitales generales y centros de salud). Se realizaron también observaciones participantes en servicios para adolescentes y revisión de documentos pertinentes.

[Lógica que une los datos a las proposiciones]

Los países seleccionados para el estudio cumplen dos características: tienen un largo desarrollo en el área de salud de l@s adolescentes y tienen un proceso de reforma del sector en marcha con distintos niveles de desarrollo.

En Brasil, el desarrollo de la salud de l@s adolescentes se centra en lo clínico y bio-médico y se ha realizado en los diferentes niveles de atención (incluso en el primer nivel) "puertas adentro del sistema de salud". En Costa Rica, el desarrollo de la salud de l@s adolescentes se centra en la Caja del Seguro Social, así como en el primer y segundo nivel de atención. Ha logrado desarrollar normatividad y modelos de atención (con una fuerte participación juvenil) así como acciones intersectoriales, con liderazgo desde la Caja. Finalmente, República Dominicana ha logrado el desarrollo de algunos modelos de promoción de la salud con participación juvenil en el primer nivel así como un trabajo intersectorial intenso, vinculado al diseño de políticas intersectoriales con los diferentes sectores del Estado, que es necesario institucionalizar en el corto plazo.

El estudio incluye una presentación de la reforma de salud de cada país, centrandolo en el papel rector, los cambios en la organización y la provisión de servicios. El estudio no incluye informe ni reflexión sobre el financiamiento de los servicios. Asimismo, realizamos una presentación sobre la situación de los programas de salud de l@s adolescentes en los países seleccionados.

Finalmente presentamos las conclusiones del Estudio de Casos, las cuales son nuestro punto de partida para un análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) de la promoción de la salud y los programas de salud de l@s adolescentes. Construimos para ello una visión y misión que consideramos pertinente y aplicable a diversos medios. En este contexto hacemos un análisis de los procesos de reforma en los programas de salud de l@s adolescentes, las oportunidades, debilidades, amenazas y limitaciones que se presentan. El análisis realizado nos permite plantear recomendaciones para optimizar el proceso, asumiendo que optimizarlo supone incluir la promoción de la salud de l@s adolescentes en los diferentes modelos de atención que promueven los diferentes esquemas de reforma.

Creemos que se ha puesto gran énfasis en la reflexión sobre financiamiento de la salud, que obviamente es un eje de la viabilidad de los modelos. Sin embargo, consideramos que es necesario avanzar hacia una reflexión profunda sobre desarrollo organizacional del sector y la institucionalización de los procesos desencadenados; de lo contrario corremos el riesgo de que los modelos implementados tengan serias distorsiones y supongan un gran retroceso para la promoción de la salud, entendida como mecanismo para "alcanzar la equidad sanitaria" (OMS, 1986).

[Criterios para interpretar la fortaleza de los hallazgos; sugerencias y recomendaciones]

Asumimos para nuestro trabajo las cuatro pruebas o test, planteadas por Ying (1984):

Validez de construcción

Tiene como objetivo superar la "excesiva" subjetividad que puede implicar el relevamiento de información cuando no se precisan los conceptos operacionales de las variables a investigar. En este sentido, hemos establecido de antemano las siguientes categorías operacionales, asumiendo que ellas se irían enriqueciendo en el proceso de recolección de información y análisis:

- Tipo de planificación de programas de promoción

Por ciclo de vida o grupos de edad

Por patologías

Por indicadores epidemiológicos y poblacionales

Mixta, que incluye una mezcla de las anteriores

- ❑ Situación institucional de la salud de l@s adolescentes

Ubicación de la promoción de la salud en los MINSA, nivel de autoridad, recursos específicos, estructura organizacional.

Ubicación del programa de Salud del Adolescente en el MINSA, en el nivel regional y local.

Recursos de infraestructura y presupuestarios destinados al programa y a los servicios.

Estructura de los paquetes básicos.

- ❑ Diseño de los programas de salud de l@s adolescentes

Intersectorialidad

Interdisciplinariedad

Adecuación al usuario

Perspectiva de género

Discriminación positiva: pobreza y nivel de vulnerabilidad

Acciones de promoción de la salud

Participación de los usuarios

Con relación a la recolección de información hemos utilizado múltiples fuentes, estableciendo con ello una cadena de evidencia.

Validez interna

Está relacionada con las inferencias lógicas que se buscan establecer y su fundamentación. Para ello, utilizamos dos técnicas de análisis: el marco conceptual construido y el análisis FODA realizado a partir de la información recolectada.

Validez externa

El valor de los estudios de caso no se fundamenta en su capacidad para generalizar estadísticamente determinadas conclusiones, su objetivo es construir y profundizar temas, no generalizar resultados. Dado que el objetivo de este trabajo es generar orientaciones para optimizar la inclusión de la promoción de la salud de l@s adolescentes en los modelos de atención que vienen desarrollando los distintos procesos de reforma que se están operando en la Región, consideramos válido recurrir al estudio de casos como metodología central.

Confiabilidad

El estudio de casos debe asegurar que provee información básica, que otro investigador puede aprovechar posteriormente. Para ello documentó los procedimientos, las fuentes de datos, los mecanismos de recolección de información y de selección de los informantes.

Para el estudio hemos utilizado dos tipos de información:

- ❑ Primaria

Generada mediante las visitas de campo realizadas a los tres países seleccionados. Ellas permitieron las siguientes acciones:

Recolección de información a través de entrevistas en profundidad a gerentes nacionales, regionales y locales de servicios de salud, con responsabilidades de diseño e implementación (guía de entrevista N° 1, en anexo).

Visitas a Ministerios y Servicios Regionales y locales para realizar observaciones no participantes (guía de observación, en anexo).

Entrevistas a contrapartes locales de la prevención y promoción de la salud, especialmente a organismos no gubernamentales e iglesias (guía de entrevista N° 2, en anexo).

Secundaria

Fundamentalmente de carácter bibliográfico y estadístico. Nos basamos en:

Revisión de información elaborada en OPS sobre los Procesos de reforma por países y sobre la salud de l@s adolescentes.

Revisión de las diferentes perspectivas teóricas y analíticas sobre la problemática de la gestión pública, especialmente de aquellos enfoques relativos a la reforma del sector salud en Europa y América Latina.

Revisión de información sobre la situación de salud en los países seleccionados.

Revisión de información sobre necesidades y expectativas de los usuarios adolescentes de la Región.

El estudio ha priorizado el desarrollo de una larga discusión teórica que permite precisar los conceptos a los que alude la reforma Sectorial y la promoción de la salud, pues dada la imprecisión o diversidad de acercamientos hallados en la literatura y entrevistas realizadas, considero fundamental este ejercicio. En este sentido, dedico todo el primer capítulo a la presentación de un marco conceptual que aspiro sea consistente.

Para el procesamiento de la información primaria, realicé en primer lugar procesamientos acumulativos (a partir de las notas generales que tomé durante las entrevistas grabadas, los resúmenes ejecutivos que realicé al finalizar las entrevistas y la atenta escucha de las grabaciones de cada entrevista) que me han permitido aclarar información, profundizar en ella, descubrir nuevas categorías de análisis, contradicciones que se parearon con la información secundaria y hallar las recurrencias de los discursos de los diversos actores².

Esto nos llevó a elaborar las conclusiones del estudio, que sirvieron como base para realizar un análisis FODA de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes en el marco de la reforma. Para ello se construyó, a partir de la discusión teórica planteada en este documento, una propuesta de misión y visión de los programas de salud de l@s adolescentes y se utilizó la siguiente matriz de análisis:

Oportunidades		Amenazas
Fortalezas	Potencialidades	Riesgos
Debilidades	Desafíos	Limitaciones

Los resultados del análisis nos permiten proponer líneas estratégicas de acción para la promoción de la salud y los programas de salud de l@s adolescentes de los países de la Región, orientadas a:

- Desarrollar las potencialidades
- Enfrentar los desafíos
- Evaluar los riesgos y
- Reconocer las limitaciones

Los servicios de salud son importantes, sin duda alguna, pero generalmente cuando hablamos de servicios de salud, hablamos de servicios curativos y actualmente hay muchas pruebas de que estos servicios realmente tienen un efecto menor en la salud de la población general. Los aspectos de atención que tienen más importancia a nivel general son la promoción de la salud y la salud preventiva.

Eso tiene más impacto a nivel poblacional que los aspectos de la atención recuperativa o de la atención para rehabilitar a las personas discapacitadas.

Dr. George Alleyne³

Capítulo I

Estado, promoción de la salud y salud de adolescentes: un acercamiento teórico y reflexiones para la gestión pública

[Papel del Estado en la salud]

El Estado es un actor social protagónico. Constituye la forma de representación colectiva de la sociedad que reproduce la cultura política imperante e interactúa en forma privilegiada con ella al reflejarla, organizarla, regular sus actividades y facilitar el desarrollo del paradigma social hegemónico en cada momento histórico.

El Estado como producto histórico ha ido evolucionando desde las ciudades-estado, hasta llegar al Estado industrial moderno que comienza a perfilarse en la segunda mitad del siglo pasado. Todo lleva a suponer, por lo tanto, que en la sociedad post-industrial en que vivimos, el Estado deberá tomar nuevas formas y retos (Tomassini, 1993).

El Estado industrial moderno al que hacemos referencia tiene su expresión básica en la construcción de los *Estados de bienestar*, los cuales fueron diseñados en Europa Occidental y Norteamérica luego de la depresión del 29 y se consolidaron en la posguerra. Una definición mínima del mismo implica el compromiso con el principio de pleno empleo y la presencia de una democracia representativa. En su construcción se incluyeron "políticas diseñadas a partir de las demandas de los trabajadores, las que fueron canalizadas mediante los partidos laboristas y socialistas, y recogidas muchas veces por una clase dominante cuyas motivaciones oscilaban entre *noblesse oblige* y la convicción ideológica de un necesario futuro de prosperidad para todos" (Anderson, 1991).

En América Latina, a partir de los años cincuenta y de la mano de las teorías del desarrollo que surgieron en la Región, se inició la conformación de diversos esquemas de Estados de Bienestar, estimándose que "las comunidades socialmente atrasadas, políticamente divididas y económicamente subdesarrolladas necesitaban un Estado fuerte, que encarnara y unificara la nacionalidad, dirimiera los conflictos de clase, promoviera los intereses de las más perjudicadas, y se hiciese portador de un proyecto de desarrollo en función del cual fuese capaz de movilizar los escasos recursos disponibles. Desde una perspectiva histórica, poca duda cabe, que ese Estado inició los procesos de desarrollo de los países latinoamericanos, hizo transitar a la mayoría de ellos desde una etapa agrícola y primario exportadora hacia otra industrial y urbana, dio origen a los sectores medios, brindó las oportunidades necesarias para el surgimiento de una clase trabajadora industrial, creó a favor de los más desposeídos servicios sociales en el campo de la salud y de la educación, generó instituciones y creó incluso nacionalidades" (Tomassini, 1993).

Los Estados de bienestar permitieron en América Latina—en unos países más que en otros—la extensión de los derechos sociales relativos a la condición de ciudadano, mediante una fuerte presión política y el sustantivo financiamiento público de los servicios y entidades que debían satisfacer las demandas vinculadas a tales derechos.

Este enfoque adoleció, sin embargo, de algunos sesgos que limitaron su posible impacto democratizador e integrador en la Región. En primer lugar, la mayor parte de políticas sociales establecidas en el marco de los Estados de bienestar estuvieron **asociadas a la condición de trabajador/a**. Así, dicha condición fue la base del paquete de seguridad social de manera que sólo el trabajador formal logró acceso directo a ella. Este enfoque determinó que la cobertura de gran parte de las Políticas Sociales tuvieran como objetivo a la población formalmente empleada, la cual obviamente no es la mayoría, aunque se han hecho muchas variaciones al respecto.

En segundo lugar, desarrollaron **políticas sociales orientadas a fortalecer la condición de ciudadano**. Dichas políticas buscaron "ordenar" las relaciones sociales básicas, desde la forma de constitución de la familia, incluyendo la regulación de la vida sexual, hasta los acuerdos internacionales por los derechos humanos y la convención de los derechos de los niños y adolescentes, que presiona el desarrollo de políticas nacionales para el cumplimiento de los valores sociales que el Derecho Internacional va inscribiendo. Sin embargo, estas políticas sociales fortalecieron e

incluso desarrollaron situaciones de diferenciación y dependencia entre distintos sujetos, hicieron una diferenciación entre categorías de personas. Así por ejemplo, las políticas para los "ciudadanos no autónomos", como los niños, adolescentes, impedidos físicos o mentales, presidiarios, y - en algunos países todavía - la mujer casada o la hija soltera, tienen que depender de un "ciudadano con derechos plenos", que en el imaginario popular normalmente está representado por un hombre adulto y con empleo, o por el jefe de una familia formalmente constituida y heterosexual. Mediante este enfoque el Estado modeló el comportamiento social, premió y atendió las interacciones sociales hegemónicas, o sancionó con la indiferencia y la marginación determinados comportamientos o reivindicaciones.

A continuación presentamos un resumen de los modelos de Estado de bienestar asumiendo que puede ser útil para ubicar las categorías de la discusión y las diferentes perspectivas que hay sobre el papel del Estado hoy; las diferencias marcan la forma de gasto, las prioridades, los incentivos y desincentivos vinculados a cada uno (ver cuadro N°1) (Cortázar, 1997 1).

Cuadro nº1: Modelos de Estados de Bienestar

Modelos y características	E.B. liberales o "residuales"	E.B. corporativos	E.B socialdemócratas
Principios	Se considera a los ciudadanos como actores libres e iguales ante mercados, en función a sus capacidades y esfuerzo: énfasis en individuos que compiten. El Estado debe intervenir lo menos posible en los mercados (de servicios sociales).	Fuerte tradición gremialista (en base a ella se constituye la política social del Estado): énfasis en grupos organizados con capacidad de presión. Influencia de la doctrina social católica: igualación e integración social por encima del individuo.	Universalismos: acceso de todos a beneficios garantizados por el Estado (alianza partidos laborales y liberales: modelo sueco): se reconoce al ciudadano amplios derechos sociales. Desmercantilización absoluta del trabajo: la mayor autonomía posible para el trabajador.
Tipo de acción	Estado ayuda a quienes tienen dificultades de acceso a los mercados: programas de protección con restricciones claras/ igualdad de oportunidades (acceso a educación).	Se privilegia el papel de la familia y grupos primarios en protección social, más que la protección directa del Estado al ciudadano.	El Estado provee servicios a los que el conjunto de la población tiene acceso.
Efecto en estratificación social	Los programas suelen resultar estigmatizantes. Se genera sistema dual: sistema público y oferta privada para el resto.	Se afianzan las distinciones de clase, grupo ocupacional y status. Se consagran relaciones de autoridad en la familia (dependencia de esposa e hijos respecto al padre).	Uso de los mismos servicios por diferentes estratos genera integración social y asegura lealtad electoral. Poco incentivo a la búsqueda de oferta privada de servicios (costo tributario del sistema).
Previsión para la vejez	Énfasis en pensiones privadas y menor en seguridad social: pensiones bajas inducen a búsqueda de sistemas privados, en los que se refleja distinto éxito laboral logrado. Sistema de pensiones no tiene afán nivelador.	El Sistema público se compone de un mosaico de sistemas gremiales (sociedades mutualistas), que dejan de lado la oferta privada: diferentes tipos de pensiones y privilegios en función al grupo de pertenencia laboral (caso de servidores públicos).	Marginación de oferta privada dados los elevados beneficios del sistema público.
Desmercantilización del trabajo	Mínima. Se aplican criterios de necesidad estrictos para acceder a los beneficios del sistema. Se estigmatizan comportamientos: pereza, ociosidad, dependencia, inmoralidad ("desviante"). Se desincentiva el uso prolongado de los servicios (ingresos menores al del ocupado activo): se induce a la dependencia del mercado laboral.	Media. Programas se asocian a los que fortalecen el papel protector de la familia/grupos comunitarios (inexistencia de parientes, por ejemplo).	Elevada. Se busca emancipar a la persona del mercado laboral, la familia o normas convencionales de conducta: mínimas barreras de acceso. Fuerte compromiso estatal con el logro del pleno empleo como requisito fundamental (acciones estatales para promoverlos: capacitación, reentrenamiento, etc.) Alto costo tributario.
Ejemplos	Inglaterra, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda.	Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Italia, Japón.	Canadá

Los Estados de bienestar vienen sufriendo una larga crisis asociada con su viabilidad financiera, política y social, dada la transformación de los modelos de desarrollo económico, el crecimiento de la inequidad, la pobreza y marginación social, el crecimiento poblacional, la globalización y las serias dificultades de gobernabilidad⁴ enfrentadas por los diferentes países del orbe. Estos procesos asociados y complejos han traído consigo la necesidad de repensar el modelo de Estado occidental o, según la frase hecha famosa por Osborne y Gaebler (1994)⁵ "reinventar el Estado". Las nuevas estrategias de desarrollo en el mundo plantean evolucionar desde el Estado promotor, intervencionista y benefactor, sin subvaluar ni suprimir su papel, hacia un Estado moderno, más pequeño y flexible, descentralizado, orientador y complementario de la acción de la sociedad civil y del sector privado. Por otra parte, el modelo de Estado que se busca generar debe propiciar la igualdad de oportunidades para el conjunto de la población, especialmente para los más pobres.

Sin embargo, "no es difícil constatar en la Región, que tenemos aparatos estatales que distan de ubicarse en un proceso global de reinención del Estado, o mejor llamado, de reforma eficiente. Su fragmentación, la falta de institucionalización de políticas, el escaso nivel técnico de sus funcionarios, la falta de políticas de recursos humanos que promuevan la captación y permanencia de profesionales calificados, la ausencia de planes estratégicos y de procesos de monitoreo y evaluación de metas, hace que la labor sea aún bastante artesanal, poco innovadora. El aparato estatal vive la tensión entre seguir siendo el sistema proveedor de servicios básicos a constituirse en el ente rector, normativo, promotor del consenso y de la participación de la sociedad civil, el sector privado y del voluntariado"(La Rosa, 1998 1).

Modernizar el Estado, readecuar su papel a las exigencias y posibilidades del momento es un reto central para la Región. Al respecto la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) plantea: "la modernización implica, entre otras cosas, reordenar las relaciones de los distintos niveles de gobierno entre sí y con la sociedad civil de forma que las administraciones públicas puedan concentrarse en aquellas funciones donde resultan irremplazables, asegurándose que las cumplen con eficiencia, especialmente en áreas que son fundamentales para asegurar un desarrollo humano y ambiental sostenibles, como la educación, la salud o la protección del medio ambiente"(ECLAC, en OPS, 1994).

Salvo algunas excepciones, el proceso de reforma estatal en la Región ha venido precedido por un duro proceso de ajuste macroeconómico, que en términos generales ha logrado generar estabilidad económica, con tasas de crecimiento positivas, significativa disminución de los procesos inflacionarios, aumento de la inversión externa y procesos de integración. Este proceso, sin embargo, no ha mostrado los mismos logros en el ámbito social. La pobreza de nuestra población ha aumentado⁶ y la Región muestra mayor inequidad que otras regiones del mundo (OEA, 1999)⁷.

Esta falta de correlación entre crecimiento y desarrollo económico social nos demuestra que el primero es necesario, pero no suficiente para lograr el segundo. De allí que las políticas sociales que deben generarse en el proceso de modernización del Estado deben integrarse en torno al objetivo de "igualación de oportunidades" y la eliminación de la pobreza. "El crecimiento es un factor necesario, pues éste provee los recursos, en otras palabras, financia la política social. La estabilidad de los ingresos fiscales y el consenso político necesario para asignar los recursos a la inversión social de modo permanente surgen como elementos claves. Dado que la estabilización económica es la base para el crecimiento, puede establecerse un nexo entre los tres conceptos: **estabilización + crecimiento + políticas sociales = desarrollo** (Parodi, 1997).

A la base de la discusión sobre el papel del Estado está la gran preocupación por el desarrollo y la gobernabilidad. En este sentido, Prats señala: en países de débil institucionalidad (producida por la ausencia o insuficiencia del "contrato social") un pacto político orientado al desarrollo es el mejor sustituto para procurar la gobernabilidad" (Prats i Catalá, 1997).

Según López-Acuña (citando a Ralph Dahrendorf), la cuestión social fundamental es: ¿cómo puede generarse riqueza al mismo tiempo que se consigue cohesión social en el marco de una sociedad libre?; ¿cómo podemos crear condiciones sostenibles de mejora económica en los mercados mundiales sin sacrificar al mismo tiempo la solidaridad básica, la cohesión de nuestras sociedades ni las instituciones que constituyen la libertad? (López Acuña, 1999). Estas interrogantes constituyen un horizonte orientador para el conjunto de nuestras reflexiones sobre promoción de la salud en el marco de los procesos de reforma.

En el siglo XX hubo en el mundo más adelantos sanitarios que en todo el período anterior de la historia de la humanidad. Tendremos que hacer frente a temibles desafíos, que tienen que ver principalmente con la persistencia de la pobreza. Los desequilibrios son impresionantes. La población de los países en desarrollo soporta el 90% de la carga de morbilidad, pero sólo tiene acceso al 10% de los recursos destinados a salud.

Es algo inadmisibile. Esto tiene que cambiar.

Los países más ricos se beneficiarán contribuyendo, y tienen la obligación moral de hacerlo.

Los gobiernos de los países más pobres deben reconocer su responsabilidad; tienen la obligación moral de dar prioridad a la salud y a la distribución equitativa de los servicios de salud.

Dra. Gro Harlem Brundtland⁸

[La salud y sus dimensiones de bien y servicio público]

Entendemos que la salud es resultado no sólo de condiciones individuales, sino también de determinaciones sociales que no pueden desconocerse al momento de planificar políticas de Estado. Entre los determinantes externos a los que hacemos referencia, es importante en el caso de nuestra Región no perder de vista los siguientes:

- El impacto de la globalización en la calidad de vida de las personas y sociedades, la pobreza e inequidad creciente
- Los procesos de cambio cultural y de acceso a información
- Las reformas del Estado que se han venido desarrollando en la Región
- Los procesos políticos (que pueden incidir en un elevamiento de la carga por enfermedad y mortalidad, por ejemplo)
- El proceso de transición demográfica, con el consiguiente crecimiento demográfico de la población adolescente, implica una mayor disponibilidad de recursos humanos potencialmente productivos en la Región⁹.
- La escasez de recursos para financiar servicios de salud capaces de atender demandas crecientes tanto en calidad como en complejidad

Como resultado de estos y otros determinantes sociales, el estado de salud de la población de la Región se encuentra caracterizado por la coexistencia de perfiles epidemiológicos propios del subdesarrollo (enfermedades transmisibles y carenciales) con otros más comunes en los países desarrollados (enfermedades crónicas y accidentes). Sin embargo, la paulatina preponderancia de estos últimos está generando nuevos retos de complejidad creciente para los servicios de salud relacionados con las diferentes cargas por enfermedad que representan estos problemas, así como los de origen social: la violencia y el abuso de drogas (OPS/OMS, 1997).

La diferente valoración de los determinantes externos de la salud conduce a distintas maneras de entender los problemas de salud de los países de la Región así como a distintas opciones de política que determinan las características de la asistencia sanitaria. Al respecto, observamos que en la Región existen dos formas aparentemente antagónicas de entender la asistencia sanitaria (Saltman y Figueras, 1997):

- Los servicios de salud son un bien eminentemente social o colectivo, que benefician a todos los ciudadanos al lograr que una persona reciba la asistencia curativa o preventiva requerida. Desde esta perspectiva se enfatiza el valor de la solidaridad, razón por la cual la asistencia se financia intencionalmente mediante subsidios cruzados (de jóvenes a ancianos, de ricos a pobres y de sanos a enfermos, por ejemplo) a fin de asegurar que todas las personas reciban la asistencia necesaria.
- Los servicios de salud constituyen una **mercancía** que se transa (se compra y se vende) en un mercado abierto. En este caso el énfasis está puesto en la capacidad de **elección** del usuario, quien debidamente informado y contando con los recursos necesarios es capaz de optar por aquella oferta que mejor responda a sus necesidades. Esta perspectiva conduce a prestar especial atención a los incentivos que el mercado aporta para el uso eficiente de los recursos (siempre escasos) en la prestación de servicios.

Es posible observar que en aquellos medios sociales en los cuales los valores propios del Estado de bienestar - a los que hicimos referencia en la sección anterior - lograron consolidarse, adquiere particular fuerza la primera perspectiva reseñada. Lo contrario ocurre en contextos en los que las reformas económicas y de los servicios públicos han alcanzado mayor acogida. En ambas situaciones, el debate político presenta las dos perspectivas como antagónicas, de manera que resulta aparentemente necesario optar a favor de alguna en desmedro de la otra.

Consideramos que una visión complementaria, que busque integrar en la medida de lo posible aportes de ambas perspectivas, permitiría fortalecer el sistema público de salud ajustándolo a los retos actuales sin hipotecar su supervivencia. Una manera de hallar posibles intersecciones entre ambas perspectivas proviene de la consideración desde el punto de vista económico del carácter específico de los servicios de salud.

Una primera consideración se refiere al carácter de **bien público** o de **bien privado** de los servicios de salud (Parodi, 1997; Cortázar, 1997 2). Se conoce como bienes públicos a aquellos bienes o servicios de los que el Estado es responsable de financiar porque los oferentes privados por sí solos no los proporcionan. Esta situación se genera porque estos bienes tienen dos características centrales: **no existe rivalidad en su consumo**, lo que quiere decir que si un individuo consume un bien o servicio, no disminuye en nada el beneficio para otros potenciales usuarios (es el caso del alumbrado público o la arborización de las avenidas, pues en ambos casos el

beneficio que un individuo obtiene no reduce el de otro); **no se puede excluir del consumo** a quienes no contribuyan a financiar la producción del bien o servicio (en los ejemplos anteriores - alumbrado público y arborización - no es posible evitar que quienes no han aportado al financiamiento de la obra disfruten de sus beneficios). Como no es posible excluir del consumo a quienes no contribuyen, si se decidiese que cada consumidor o usuario pague por el beneficio que recibe, seguramente estarían dispuestos a pagar muy poco o nada (dado que incluso si no pagan continuarían beneficiándose del servicio, pues no se los puede excluir). De esta manera no podría financiarse, por ejemplo, el cuerpo de policía de una ciudad, el alumbrado público o la defensa nacional. En estos casos el Estado debe cobrar compulsivamente a cada ciudadano impuestos para financiar estos bienes o servicios.

Los bienes privados se encuentran en una situación opuesta. En este caso se puede excluir a quienes no están dispuestos a cubrir el costo del bien o servicio. En consecuencia es viable cobrar directamente a cada consumidor o usuario por el beneficio que recibe. Esto permite que sean entidades privadas las que se encarguen de la provisión del bien o servicio en cuestión, dado que es posible obligar a los consumidores a financiar su costo pues de lo contrario quedan excluidos del consumo. Por otra parte, el consumo de un bien privado por parte de un individuo sí afecta las posibilidades de otros consumidores de gozar de los beneficios del bien o servicio en cuestión.

La segunda consideración que queremos introducir se refiere a las posibles **externalidades** que un bien o servicio puede generar. El concepto de externalidad alude al beneficio o perjuicio que personas que no son directamente consumidoras o usuarias de un bien o servicio obtienen indirectamente. Las externalidades se consideran positivas cuando este efecto indirecto consiste en un beneficio y negativas cuando el efecto consiste en un perjuicio. Así por ejemplo, cuando una persona se vacuna contra una enfermedad contagiosa el beneficio no se circunscribe a ella, sino que se extiende indirectamente a las personas que tienen contacto con ella. En este caso, se ha generado una externalidad positiva hacia estas últimas, aún cuando ellas no han pagado por el bien o servicio. Por el contrario, si la persona en cuestión deja de vacunarse pone en riesgo la salud de los demás por la posibilidad de contagio en caso contraiga la enfermedad. Este caso constituye una externalidad negativa, pues las demás personas se verán perjudicadas sin recibir ninguna compensación por ello.

Cuando un bien o servicio tiene importantes externalidades positivas suele denominársele **bien meritorio**. En este caso, la sociedad otorga a dicho bien un valor excepcional, razón por la cual no es deseable excluir a nadie del acceso al mismo cualquiera que sea su capacidad de pago, o sus características sociales o culturales.

Considerando los conceptos presentados podemos afirmar que **la asistencia sanitaria tiene carácter de bien privado cuando consiste en un servicio directo a un cliente**. En este caso se puede excluir del beneficio de la atención a quienes no estén dispuestos a pagar por él. Por otra parte, existe rivalidad en el consumo (en la medida que mientras se está atendiendo a una persona se deja de atender a otras, cada persona ocupa un tiempo específico, que se deja de usar en otros). Este es el caso de las consultas médicas, sin importar que sean provistas por el sector público o privado. Como se ha indicado, el carácter público o privado de un servicio - en este caso de salud - no depende del carácter estatal o privado del proveedor, sino de las características de exclusión y rivalidad en el consumo.

Dado lo expuesto, **la atención médica personalizada es un bien privado** y como tal tiene un valor en el mercado. Sin embargo, dadas las importantes externalidades que tiene el estado de salud de las personas en el conjunto de la sociedad (puesto que influye en su productividad, en su capacidad de participación política y social, etc.), resultaría perjudicial para la sociedad en su conjunto que miembros de ella no puedan acceder a los cuidados de salud que requieran debido fundamentalmente a limitaciones económicas. El carácter de **bien meritorio** que la atención médica tiene, justifica que el Estado se preocupe por poner los medios (financieros, técnico y humanos) que permitan a todos acceder a los servicios de salud, especialmente en el caso de quienes tienen escasos recursos económicos o se hallan marginados de los servicios por factores de índole social o cultural.

Los servicios de salud incluyen diferentes niveles de complejidad en la atención, definidos tradicionalmente por el tipo de enfermedad que se enfrenta o el comportamiento epidemiológico que se quiere modificar (es el caso de la lucha contra la Viruela, la cual fue priorizada por las autoridades de salud pública de la Región, esto supuso su erradicación de Latinoamérica).

En general, en la salud Pública encontramos tres niveles de atención: primaria (acciones de prevención y promoción de la salud), secundaria (atención específica a problemas de salud y rehabilitación), terciaria (atención de alta complejidad y rehabilitación). La oferta de servicios disminuye para la población de escasos recursos según avanzamos en complejidad (altos costos), mostrándose la exclusión del sistema de vastos sectores de la población.

En los tres niveles de atención se producen bienes privados, que en términos de responsabilidad del Estado, pueden comportarse como meritorios por sus amplias externalidades positivas en poblaciones sin recursos económicos. Sin embargo, es el primer nivel de atención, en concreto, la promoción de la salud la que muestra un comportamiento de bien público y meritorio, por lo que debe constituirse en la tarea de la salud Pública, la responsabilidad ineludible del Estado; a continuación sustentamos esta afirmación.

La promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud a fin de obtener el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en materia de salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y aumentar el capital social. La meta final es mejorar la esperanza de salud y reducir las diferencias existentes a ese respecto entre países y grupos.

Declaración de Yakarta, Indonesia, 21-25 de julio 1997

[Promoción de la salud: Un bien público y meritorio a subsidiar]

La promoción de la salud es un bien meritorio, central para el desarrollo económico y la lucha contra la pobreza porque actúa propiciando la igualdad de oportunidades, que implica el desarrollo del capital humano y social¹⁰. La carencia de bienes y servicios de promoción de la salud puede afectar la gobernabilidad de nuestros países, por la alta sensibilidad que tiene la población, especialmente la urbana, ante la salud.

Dado el carácter de política integral que tiene la promoción de la salud, ésta no puede ser provista por un solo sector o oferente, (aunque el impacto en salud debe ser medido por el sector) sino que es producto de una labor intersectorial.

Para operacionalizar el concepto, detallaremos **las acciones de promoción de la salud**, éstas incluyen:

- Información y educación para el empoderamiento del usuario, especialmente de los más pobres, con relación a habilidades básicas para su vida y el autocuidado sistemático de su salud¹¹. Las externalidades¹² de estas acciones son posibles de medir en el corto y mediano plazo, pues ella incide en la disminución del gasto por carga enfermedad, limita la transmisión intergeneracional de la pobreza (especialmente en el caso de la fecundidad temprana y no deseada. Los estudios indican que los embarazos no deseados en adolescentes tienden a repetirse de generación en generación, inciden en el crecimiento de la mortalidad materna y en la mortalidad de niños menores de un año¹³, además de suponer la constitución de familias grandes, inestables y pobres), mejora la capacidad productiva de las personas (a mayor salud, mayor capacidad mental y física para la creatividad y el desarrollo laboral) y limita la exclusión social del sujeto que se educa (facilita su integración como ciudadano, sujeto de deberes y derechos).

Las acciones de información y educación mencionadas, se comportan como bienes privados, pues es posible excluir de su consumo a quien no las pague y existe rivalidad en el consumo, dado que la persona que recibe la educación ocupa un tiempo y espacio que otra persona no puede ocupar si ya se cubrieron las vacantes establecidas. Sin embargo, dado que estamos refiriéndonos a personas que no pueden pagar por obtener estos bienes, su financiamiento debe estar asegurado por el Estado, aunque no sea él quien los implemente directamente.

En las poblaciones que viven extrema pobreza el mercado no tendrá interés en financiar estas acciones, puesto que su lógica es la acumulación y estos sectores no son rentables porque no tienen capacidad de pago. Sin embargo, si el Estado invierte y da incentivos para la provisión de estos bienes, entonces se podrá incorporar a la sociedad civil y a la empresa privada en la provisión.

- Diseño e implementación de políticas intersectoriales que favorezcan la salud pública: construcción de entornos saludables en los diferentes espacios de convivencia social.

Vivir con un entorno saludable genera beneficios de los cuales no es posible (ni deseable) excluir a nadie. Es el caso de los beneficios provenientes de una ley sanitaria que prohíbe fumar en áreas públicas, pues no se puede excluir a nadie de gozar del ambiente generado mediante ella. A esto hay que agregar que el beneficio que una persona obtiene de dicho ambiente no impide que otros gocen del mismo ni disminuye su bienestar. Políticas como el incremento de impuestos al tabaco y a los licores constituyen parte sustantiva de la promoción de la salud, pues desincentivan su uso, más aún cuando se provee información adicional sobre el impacto nocivo de estas sustancias en la salud.

En el caso de campañas de difusión sobre sexualidad, salud reproductiva, abuso de alcohol, tabaco y drogas, enfermedades contagiosas y la lucha contra éstas, "el uso que hace una persona de la información sanitaria no hace que haya menos datos disponibles para los demás" (Banco Mundial, 1993). Tampoco es posible excluir a determinadas personas de los beneficios de dicha información, siempre que ella haya logrado una difusión suficiente. Por otra parte, el que una persona cuide su salud gracias al adecuado uso de la información recibida no sólo la beneficia a ella, sino también a su entorno directo y - en términos generales - a toda la sociedad.

- ❑ Desarrollo de servicios de salud en el ámbito local y regional, que incluyan participación comunitaria e intersectorial para: atención básica de salud, educación e información en salud, generación de políticas locales saludables, formación de recursos humanos especializados en la promoción de la salud.

Según señalan las orientaciones estratégicas y programáticas 1999-2002 de la OPS con relación a promoción y protección de la salud, el fin de esta estrategia es "crear una nueva cultura de promoción y protección de la salud, en la que esta constituya un valor social, lo que implica preparar a las personas, a las comunidades y a las instituciones públicas, no gubernamentales y privadas, para que hagan suya y ejerzan individual y colectivamente la responsabilidad de preservar y mejorar en forma continua su estado de salud y bienestar" (OPS, 1999 1)

En el marco de recursos económicos escasos, es necesario que los Gobiernos seleccionen para la inversión pública, políticas de alta rentabilidad social, que se correspondan con la producción de bienes públicos con externalidades positivas amplias. En este sentido, la promoción de la salud constituye un eje del impulso al desarrollo, que implica bajos niveles de inversión y alto impacto en la generación de capital social y humano¹⁴, por ello debe ser un bien subsidiado por el Estado, sin dejar de lado la preocupación por atraer hacia ella recursos privados y de la sociedad civil.

Es necesario, sin embargo, reconocer que los Estados de la Región han puesto mayor énfasis en generar incentivos y marcos normativos que garanticen una provisión y acceso adecuado a los servicios asistenciales de salud que en la generación de servicios promocionales.

Incentivos y dificultades existentes para el desarrollo de la promoción de la salud

Hoy existe un amplio consenso respecto a que la salud es una inversión que sostiene y favorece la otra inversión pública por excelencia que es la Educación, y asegura la viabilidad económica de los países, dada por recursos humanos sanos y productivos. Incluso sería inadmisibles negar que la salud es una inversión con alta rentabilidad social en sí misma. Más aún, hay un acuerdo social en que las acciones de promoción son "muy importantes". Sin embargo, esto no se verifica en las prioridades de las reformas sectoriales, el presupuesto sectorial, la estructura funcional y el perfil de formación de los recursos humanos que operan salud en la Región. Probablemente esta situación tiene relación con la resistencia al cambio propia de las instituciones tradicionales, ("las prácticas sociales cambian más lentamente que los discursos"), y con los valores sociales existentes en la Región con respecto a la Salud.

La amplitud de la definición operacional de promoción de la salud¹⁵, trae consigo una tarea tan grande y difusa que pareciera imposible de medir fuera del conjunto de indicadores de desarrollo social y político. Por lo tanto queda relegada en el sector salud, dado que éste está acostumbrado a medir sus acciones con relación a cobertura y ausencia de daño. Así la promoción de la salud no es acogida dentro de él en su plenitud. La preocupación reiterada de los gerentes de salud es: "soy el sector salud y a mí me pedirán cuentas sobre la ausencia de daño, no sobre las capacidades de alguien para tomar decisiones en su vida o la capacidad de una comunidad para mantener el consumo de agua clorada". En este sentido, la promoción de la salud enfrenta—a nuestro entender—el reto de precisar **responsabilidades propias**, con sus respectivos indicadores de proceso y resultado, y **responsabilidades compartidas**, con los indicadores básicos de proceso.

Entre las responsabilidades propias, se encuentran:

- ❑ Educar e informar a la población, para el autocuidado de la salud, la participación en los servicios de salud y el desarrollo de redes locales de salud.
- ❑ Proveer servicios básicos de asistencia sanitaria preventiva y promocional a personas o poblaciones que viven situaciones de riesgo social, violencia, discriminación.
- ❑ Investigar y generar opinión pública con relación a políticas que favorecen el desarrollo de entornos saludables, por ejemplo: condiciones saludables de trabajo según tipo de empleo, impacto del uso del cinturón de seguridad en la protección del daño producido por accidentes, estrategias para fortalecer las familias en riesgo social, etc.

Las responsabilidades compartidas con otros sectores del Estado, están relacionadas con el desarrollo de políticas de carácter macro. Veamos como ejemplo el desincentivo al uso del tabaco y el alcohol. En esta política deberán participar el Ministerio de Economía (a través de los impuestos), el Ministerio de Trabajo (prohibición del acto de

fumar en el lugar de trabajo), las municipalidades (separación de espacios para fumadores y no fumadores, prohibición de fumar en lugares cerrados), Ministerio de Educación (inclusión del tema en la currícula escolar), Ministerio de Justicia (penalizaciones a empresas que evaden impuestos o no cumplen con la normativa de señalar en las envolturas la información básica: es dañino para la salud), Ministerio de Salud (información sobre el daño físico que produce el uso de tabaco, especialmente cuando este se inicia a temprana edad, educación sobre los mecanismos para evitar o eliminar la adicción y servicios especializados para adictos).

Retos que enfrenta la promoción de la salud

En términos generales, consideramos que es necesario lograr que los gerentes públicos de salud, los proveedores privados y las organizaciones de la sociedad civil involucrados en el tema, tengan una mirada integral de los condicionantes "externos" de los sistemas de atención a la salud, un acercamiento holístico a la interpretación del estado de la salud de las poblaciones y los instrumentos necesarios para valorar las políticas de promoción de la salud, como de alta rentabilidad social en el corto y mediano plazo (Burt, 1998)¹⁶.

En términos específicos, presento a continuación algunas reflexiones:

Recursos humanos y desarrollo técnico

- ❑ Los agentes de la Cooperación Técnica y financiera internacional dedicados a los procesos de reforma y a la promoción de la salud necesitan ampliar sus conocimientos y competencias adecuándolas a las exigencias actuales. Todos somos testigos de esa falencia en la Región, a nadie es ajeno que muchos de los expertos en los que recae la asesoría técnica para el desarrollo del área no están en condiciones de brindarla. Suele suceder que la cooperación externa se concentra en los MINSA (Ministerio de Salud) y no en otro tipo de entidades privadas y de la sociedad civil; mantiene una perspectiva bio-médica expresada en acciones preventivas tradicionales y corporativas en desmedro de la participación comunitaria.
- ❑ La reflexión y la acumulación de conocimiento sobre las "buenas prácticas" en promoción de la salud son aún iniciales y tienen poco impacto en el diseño organizacional de los MINSA y de los programas de promoción que allí se definen. Es necesario invertir en el desarrollo de tecnología de promoción; para ello la investigación, sistematización y difusión de experiencias desde una perspectiva de política pública constituyen una prioridad.
- ❑ El sector salud debe dar los incentivos y regulaciones necesarias para que las instituciones formadoras de recursos humanos incluyan en sus procesos formativos las habilidades y competencias necesarias para la promoción de la salud, llegando incluso a aportar en procesos de certificación de programas y servicios preparados para esta tarea.

Institucionalización

- ❑ Los modelos organizacionales de los MINSA no favorecen la institucionalización de la promoción de la Salud. Más allá del responsable político del sector, no hay una definición clara sobre quién o quiénes son los responsables gerenciales del área de promoción de la salud en el sector, ni sobre el carácter de las líneas de acción o programas que lo sostienen. Dado que la promoción de la salud es un bien público, no transferible a otros sectores no estatales en términos de rectoría, es clave que los MINSA incluyan en su estructura funcional la definición de un área responsable, en la que estén definidos los programas priorizados, aquellos sobre los que directamente rendirán cuentas a la sociedad (Ministerio de Salud de Chile, 1997)¹⁷.
- ❑ El presupuesto del sector salud y de las agencias o entidades que implementan servicios de salud deben explicitar el nivel de inversión que corresponderá a la Promoción, así como sus indicadores de medición de desempeño. De lo contrario la promoción de la salud seguirá sin tener peso específico en el sector, y las acciones de promoción no lograrán tener una medición de rentabilidad ni en el corto ni en el largo plazo. Esto perpetuará el prejuicio que señala que las "externalidades positivas" de la promoción de la salud no son apreciables cuantitativamente.
- ❑ El sector salud debe incluir en sus procesos de planificación, ejecución y evaluación de acciones, la labor intersectorial e interdisciplinaria, la construcción de consensos alrededor de la promoción, la construcción de institucionalidad pública y el fortalecimiento de la sociedad civil con impacto en la salud de las comunidades. Es necesario fortalecer las capacidades de definición de las responsabilidades directas en estos ámbitos para diferenciarlas de las responsabilidades compartidas. Ello permitirá legitimar la práctica de la promoción y acotar la labor del gerente público especializado, que podrá identificar los logros precisos de su acción.

- ❑ Los agentes de la promoción de la salud necesitan realizar una labor de abogacía (*advocacy*) permanente con los responsables de los procesos de reforma sectorial, con el objetivo de institucionalizar la promoción en todo el modelo que se viene implementando.
- ❑ Desarrollar una activa labor de reflexión, investigación y abogacía sobre la institucionalización de la promoción de la salud en los procesos de reforma. Existe un gran acento en aspectos relativos al financiamiento del sistema, descuidándose la reflexión sobre el desarrollo organizacional que la promoción de la salud exige. Se observa una continuidad en el planeamiento tradicional de programas y acciones de los MINSA, según la tarea asistencial, por patologías o por epidemiología y no de cara a la atención y participación del ciudadano.

Actores de la promoción de la salud

- ❑ La alianza del Estado con la sociedad civil y el sector privado para las acciones de promoción es inherente a la práctica del gerente encargado. Es necesario que los MINSA cumplan su papel rector, promuevan, premien y regulen la participación de estos en la construcción de políticas, entornos y prácticas saludables.
- ❑ La sociedad civil y el voluntariado son claves en la labor de generación creativa de propuestas de políticas de base comunitaria capaces de romper situaciones de exclusión social. La labor de abogacía para el desarrollo de políticas y de evaluación de su implementación, así como la vigilancia de la transparencia de la labor pública son tareas inherentes a este sector.
- ❑ El sector privado tiene un papel importante en la promoción de la salud, especialmente aquellos que explotan nichos de mercado que impactan en las conductas de la población, como alimentación, consumo de tabaco y drogas, modas, automotores y deportes en general. Es necesario comprometerlos en la elaboración conjunta con el Estado y la sociedad civil de políticas de regulación destinadas a la protección y promoción de la salud, así como en su cumplimiento.

En consideración a lo sustentado, planteamos la siguiente estrategia de Gestión de las políticas de promoción de la salud que replantea el diseño organizacional de los MINSA para hacerlo coherente con una mirada holística de la salud.

Enfoque del Ciclo de Vida: Está centrado en el individuo, reforzando la importancia de las personas dentro de la misión de la Organización Panamericana de la Salud. Respalda el vínculo entre salud y desarrollo humano. Implementa un enfoque de salud integral y requiere la colaboración de muchos sectores y actores al margen de los ministerios de salud tradicionales...

Dra. Carol Collado¹⁸

[El ciclo de vida: Un instrumento de gestión de la promoción de la salud de acuerdo al ciudadano]

Nuestro punto de partida es el ciudadano hombre y mujer que goza del derecho y el deber de promover su salud y la de su comunidad. Si bien cada ciudadano tiene sus propias características y particularidades, hay elementos comunes que los atraviesan, ya sea el sexo, la edad, los niveles de ingreso, el nivel educativo, etc. Consideramos que una variable altamente sensible para la promoción de la salud es el grupo etéreo o poblacional de pertenencia, dado que en él coinciden características psicológicas, biológicas, sociales e incluso culturales y político - legales (deberes y derechos reconocidos por el derecho público nacional e internacional). En este sentido, la perspectiva por ciclo de vida se refiere a la planificación de la promoción y atención de salud, distinguiendo las etapas más relevantes de la vida; a nuestro entender:

- Infancia y niñez:** recién nacido, lactante, preescolar y escolar hasta los 9 años de edad
- Adolescente y joven:** 10 a 19 años y de 20 a 24 años de edad
- Adulto:** 25 a 59 años
- Adulto mayor:** 60 años en adelante

Una planificación de este tipo nos permite acercarnos a las necesidades, expectativas, intereses, potencialidades y particularidades de las personas en cada momento de su vida en forma integral. Así, se logra superar la noción asistencial tradicional que planifica, ejecuta y evalúa acciones según la patología de las poblaciones (tuberculosis, malaria, cáncer, etc.), el perfil epidemiológico de una población o el gasto tradicional que el sector ha mostrado por servicios de salud.

La planificación de la promoción de la salud en atención al ciclo de vida permite:

- Evitar la duplicación de esfuerzos y limitar las oportunidades perdidas, ya que el ciudadano recibe una información, educación y atención integral, correspondiente con sus necesidades, no con una parte de sus problemas de salud (bronquitis, dificultades para relacionarse con el entorno, tabaquismo, etc.). La persona fortalecerá sus capacidades para la toma de decisiones sobre su salud y la salud de los que le rodean y, si le interesa, tendrá espacios de participación en los esfuerzos por generar políticas públicas de amplio impacto en la calidad de vida de la población, especialmente del grupo etéreo del cual es parte.
- Acumular conocimiento sobre las características, potencialidades, dificultades, mejores prácticas relativas a la promoción de la salud de grupos etéreos específicos.
- Fortalecer la interacción interdisciplinaria e intersectorial de los encargados de los programas, con el consiguiente reforzamiento del Estado y de la sociedad civil, así como la regulación, inclusión y reconocimiento de la empresa privada en las acciones de promoción.
- Empoderar a los grupos etéreos con relación a su aporte a la sociedad, en particular a la promoción de la salud, como actores sociales claves para el desarrollo.
- Generar programas no estigmatizantes (según pobreza extrema, según uso de drogas o alcohol, etc.), sino correspondientes a las necesidades de la población del grupo etéreo general que tiene características comunes vinculadas a su desarrollo bio-psico-social, sus potencialidades y limitaciones. Diversos programas han demostrado que un elemento de éxito de programas sociales y de superación de la pobreza, es la interacción intensa de los grupos vulnerables con diferentes experiencias culturales y sociales.

Durante los últimos años se crearon diversos programas inspirados en la perspectiva por ciclo de vida en el ámbito de los Ministerios de Salud, especialmente programas de salud de los adolescentes, no así en los otros grupos de edad. Esto podría explicarse por lo novedosa de una atención específica para este grupo de edad. Sin embargo, estos programas no se corresponden con una estrategia más global de promoción y muchos de ellos terminan siendo parte de programas mayores como planificación familiar, materno-infantil u otros tradicionales, lo que afecta e incluso contradice su perfil y sus posibilidades de desarrollo.

En la promoción y atención de niños y adultos, es fácil percibir una permanencia de esquemas tradicionales de planificación que mantienen programas como materno-infantil o madre-niño, donde el padre es el gran ausente y la mujer está concebida básicamente como madre. Programas por patologías prevalentes en la infancia: *infección*

respiratoria aguda, control de enfermedades diarreicas o por estrategias preventivas, como *inmunizaciones y crecimiento y desarrollo*. El modelo de promoción y atención al infante es el más disgregado y se corresponde con el desarrollo de las especialidades médicas, la farmacología y el enfoque preventivo asistencial e intra-institucional, predominante en los sistemas de salud. Este modelo excluye una mirada holística, integral, movilizadora de la sociedad en pro de una cultura de vida para los niños, incluyendo la promoción de sus derechos y de las responsabilidades de la sociedad y del Estado hacia ellos.

En el caso de los adultos, impresiona la ausencia de propuestas integrales y específicas en el sector. El adulto sigue viéndose según patologías: enfermedades renales, ETS, SIDA, etc. En muchos países el perfil de mortalidad muestra que son los hombres en todos los grupos de edad, los que se mueren o enferman con mayor incidencia que las mujeres; sin embargo, no hay una oferta integral de promoción y atención. En el caso de las mujeres, la promoción y atención de su salud está centrada en el ámbito reproductivo y materno.

Para los adultos mayores la situación es aún más dura. A pesar del proceso de transición demográfica en que están la mayoría de países de la Región, en los Ministerios de Salud hay escaso desarrollo de políticas y programas específicos. La responsabilidad del adulto mayor sigue siendo trasladada a la familia y a los programas de seguridad social, con escasa rectoría y promoción de parte del sector.

En términos de rentabilidad, la planificación por ciclo de vida permite construir un proceso continuo de acciones de salud e intersectoriales¹⁹, las cuales son acumulativas y se van sumando a lo largo del ciclo de vida. De lograrse esto, podríamos estar generando entornos y conductas individuales y sociales saludables. Asimismo, este tipo de planificación permite la focalización y potenciación de los esfuerzos destinados a grupos específicos en sus propios entornos, vinculando la promoción a la atención y rehabilitación propiamente dicha, dada la presencia del sector en la misma comunidad y en los espacios de diseño de políticas saludables.

Consideramos que a nivel de la alta dirección del sector salud debe existir una instancia especializada y responsable de la Promoción que incluya la planificación por ciclo de vida, con subprogramas de Infancia y Niñez, Adolescencia y Juventud, Adulto y Adulto Mayor, todos ellos encargados de hacer realidad las estrategias propuestas en Ottawa, Yakarta y ratificadas en México. Las líneas de acción que estos subprogramas impulsen deberán ser vinculantes con las acciones de información y vigilancia epidemiológica, asistencia y rehabilitación que las otras instancias del sector regulan, impulsan o ejecutan, según corresponda, de modo que se fortalezca la red de servicios, desde lo comunitario hasta lo especializado y la red comunitaria intersectorial que asegura el éxito de las acciones de promoción, asistencia y rehabilitación.

Si no se incluye la salud de l@s adolescentes en el modelo de atención, estaríamos:

Desperdiciando la inversión previa realizada con los programas en la infancia.

Dando un impacto negativo en la salud y el potencial educativo de los adolescentes.

Reduciendo nuestro impacto en la disminución de la morbi-mortalidad del adulto.

Dra. Matilde Maddaleno²⁰

[Promoción de la salud de l@s adolescentes y jóvenes]

Si tomamos como punto de partida que la promoción de la salud debe impactar en²¹: la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y elevar el capital social y humano de la Región, entonces las líneas de acción en la salud de l@s adolescentes están claras.

L@s adolescentes y jóvenes, han sido por décadas uno de los sectores poblacionales más subatendidos del sector salud. La escasez de servicios que se correspondan con sus necesidades e intereses hace que la **inequidad en la atención** de su salud sea realmente alarmante.

En estudios diversos sobre el tipo de servicios que requiere esta población, encontramos que todos coinciden en la demanda de servicios que les brinden información, consejería y orientación y atención básica (La Rosa, 1998 1, 1997, 1996; Ponce y La Rosa, 1995; López y La Rosa, 1996):

- En el trabajo desarrollado en la Sub-región de Salud Lima Sur, encontramos que tras la formación de 11 servicios de salud diferenciados para adolescentes, las razones de consulta en Hospitales Materno Infantiles y Centros de salud de zonas urbano-marginales, fueron:

Requerimientos de consejería y orientación, relacionada con enamoramiento, toma de decisiones con respecto a la iniciación sexual, violencia sexual y negociación con los padres.

Servicios de orientación psicológica, especialmente relacionados con orientación vocacional, problemas de aprendizaje, baja autoestima.

Servicios de atención en opciones anticonceptivas, control de embarazo y atención del embarazo y puerperio.

- En la investigación que realizáramos con una muestra representativa de adolescentes limeños, escolares de tercero, cuarto y quinto de secundaria de colegios nacionales de la gran Lima, encontramos que el 70.4% de ellos asistirían a servicios especializados y el tipo de consultas que harían incluirían:

Sexualidad y planificación familiar (enamoramiento, iniciación sexual, menstruación, masturbación, anticonceptivos).

Salud general (problemas respiratorios, dermatológicos, odonto-estomatológicos y oftalmológicos).

Psicología (problemas con los padres, problemas de aprendizaje, timidez, inseguridad, identidad sexual, drogas).

Aspectos legales (regularizar partidas de nacimiento, boletas, libreta electoral, mecanismos para eximirse del servicio militar obligatorio, procesos de denuncia por violación sexual y violencia doméstica).

- En la investigación realizada en la Pontificia Universidad Católica con estudiantes de estudios generales, ciencias y letras, sus padres/madres, abuelos/abuelas, encontramos lo siguiente:

Los abuelos-abuelas sostienen que deberían existir servicios que orienten a padres y jóvenes. "No estamos preparados para aconsejar, en nuestra adolescencia nadie nos dijo nada, todo lo aprendimos por libros o por la vida".

Los padres-madres, plantean: "No sabemos cómo hablar con nuestros hijos, no les podemos decir lo que tenemos y queremos decirles, muchas veces ellos escuchan más a otros que a nosotros".

Los jóvenes señalan: "Los servicios deben responder a nuestras necesidades, en el colegio casi no nos informan nada, en la universidad peor y señalan como características para los servicios, las siguientes:

Que brinden servicios de escuela para padres, especialmente a familias con problemas de comunicación, tratando de hacerlo en forma discreta

Que exista un curso de educación sexual en la universidad

Que brinden consejería en forma anónima y discreta a los jóvenes, todos requerimos orientación.

- En un estudio comparativo entre servicios del sector público y privado que brindan atención a adolescentes y jóvenes de Chile y Perú, se utilizó la metodología de marketing social²² para determinar el mapa perceptual de los clientes, que indique las características de los servicios requeridos. Las conclusiones fueron:

Confidencialidad; especialmente frente a padres, tutores y maestros.

Amabilidad en el trato que brinda el oferente de servicios, buscando familiaridad y empatía.

Efectividad del servicio en la orientación que ofrecen frente a los problemas por los que se consulta. Esto implica el establecimiento de redes locales de atención a l@s jóvenes, las cuales deben ser sumamente rápidas en su capacidad resolutive.

Respeto a l@s motivos de consulta de l@s jóvenes y a sus requerimientos de información, evitando los juicios y sanciones.

Costos segmentados, según las posibilidades económicas de cada uno. Es necesario que los servicios individuales tengan algún costo—aunque sea mínimo—para que l@s jóvenes valoren el servicio. La gratuidad será necesaria en casos específicos.

Acceso a organizaciones y participación de l@s adolescentes y jóvenes en actividades que mejoren el impacto de los servicios.

Las conclusiones de los estudios nos permiten reportar que los servicios requeridos por l@s adolescentes y jóvenes son básicamente los de promoción de la salud (información, consejería y orientación, educación, políticas intersectoriales en el ámbito local y nacional, redes locales, participación).

Consideramos que cada país y nivel de atención deberá buscar con creatividad los mecanismos para superar la inequidad en la atención de salud a esta población; para ello las características de los determinantes externos del estado de salud, la cultura y las demandas expresadas por l@s ciudadanos adolescentes y jóvenes deberán constituir la fuente para delinear la forma que deben tener los servicios.

La otra gran tarea de la promoción de la salud está relacionada con garantizar el respeto de los derechos humanos, expresada en la Declaración Universal e instrumentada fundamentalmente en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer (1979); la Convención Contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1984) y la Convención sobre los Derechos del Niño (dada en 1989, que incluye a los adolescentes: menores de 18 años). Los países que han ratificado estos acuerdos, están obligados a cumplirlos, por ello deben presentar a consideración de un comité un informe periódico sobre la observancia de sus obligaciones internacionales.

Consideramos que hay dos instrumentos básicos del Derecho Internacional que nos permiten precisar las obligaciones de los países de la Región con relación a la salud de l@s adolescentes y jóvenes, estos son: Convención de los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación en Contra de la Mujer²³. A continuación hacemos un listado de algunos ejes de estos Derechos reconocidos a nivel internacional, que guardan relación con la labor intersectorial de la promoción de la salud y constituyen obligaciones para los estados de la Región.

- L@s niños y adolescentes son sujetos plenos de derechos, ya no son más considerados sólo como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el Estado y la Sociedad. Esto tiene implicancias directas en el derecho de l@s adolescentes a ser consultados y a participar en el diseño, ejecución y evaluación de los programas dirigidos a ellos en todos los espacios sociales en que se encuentran: familia, escuela, barrio, servicio de salud.
- El "mejor interés del adolescente" es el criterio obligatorio para toda medida a adoptar relativa a él o ella.
- Modificar los patrones sociales y culturales de conducta del hombre y la mujer, con vista a lograr la modificación de los prejuicios y las costumbres y todas las otras prácticas que están basadas en la idea de la inferioridad o la superioridad de cualquiera de los sexos o los roles estereotipados del hombre y la mujer.
- La no-discriminación en la aplicación de los derechos. Una ardua tarea nos reclama desde los sectores rurales, indígenas y en pobreza extrema, esos adolescentes siguen siendo los más postergados.
- La obligación por parte del Estado de adoptar las medidas necesarias para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en la Convención. Es necesario generar políticas y mecanismos públicos para asegurar el ejercicio de los derechos de l@s adolescentes. Por ejemplo, el acceso al crédito financiero, a la organización independiente y reconocida, a la denuncia de violación de sus derechos sin presencia de un adulto.
- La obligación del Estado de garantizar la supervivencia y el desarrollo. En términos de promoción de la salud, esto implica garantizar la "habilitación básica" para la vida, el desarrollo de capacidades que es el núcleo de la igualdad de oportunidades.

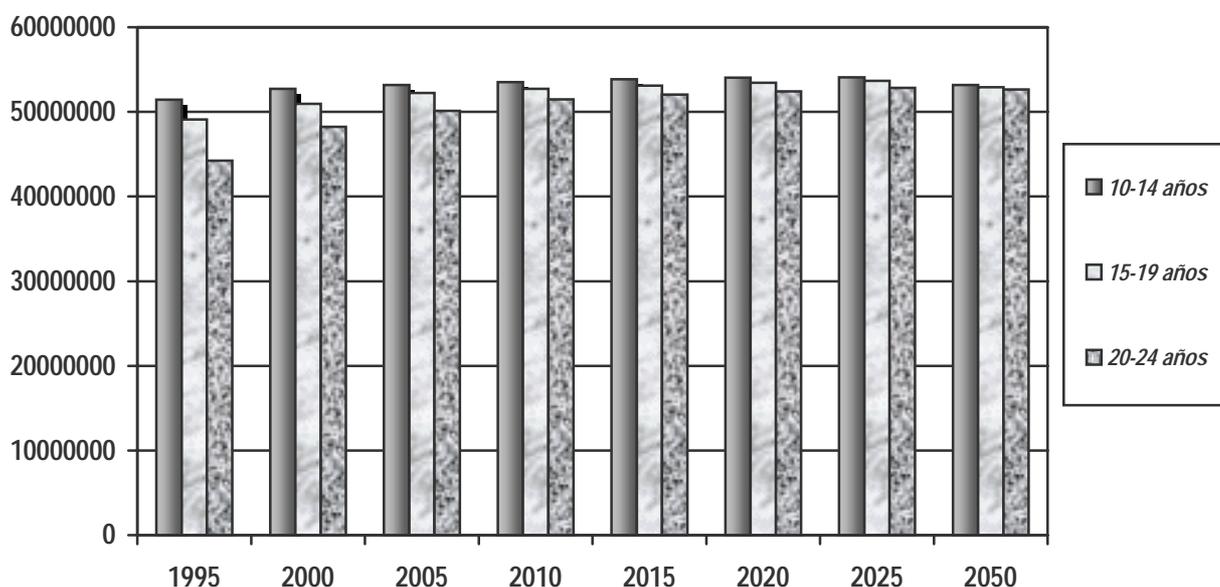
- ❑ El derecho al más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos y de rehabilitación, haciendo énfasis en aquellos relacionados con la atención primaria de salud y los cuidados preventivos; asimismo, se deben incluir en el catálogo de los derechos de l@s adolescentes los derechos sobre su salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, atención del embarazo, psicoprofilaxis, parto y puerperio en forma gratuita cuando fuere necesario.
- ❑ A beneficiarse de un nivel de vida adecuado para su desarrollo.
- ❑ A la educación, garantizándose mínimamente la educación primaria.

La promoción de la salud debe actuar a nivel de la formación de una cultura de derechos ciudadanos para l@s adolescentes y jóvenes, que se exprese en políticas públicas, gasto social e interacciones sociales cotidianas en todos los espacios de la vida.

Finalmente, la tercera área de acción de la promoción de la salud, se refiere a asegurar el desarrollo adecuado del capital humano que de viabilidad a nuestras sociedades. Los jóvenes constituyen el capital humano para el presente y futuro de la Región, por las características propias del proceso psicológico y social que viven, caracterizado - entre otras cosas - por la preparación a la inclusión en el mundo adulto y el ejercicio pleno de los derechos y deberes ciudadanos. Esto marca su participación como grupo poblacional en la vida de la Región.

En términos de peso poblacional que impacta en la productividad de nuestra Región, los jóvenes constituyen el 30% de la población (10 y 24 años) y como muestra el gráfico siguiente ésta población seguirá creciendo durante los próximos 30 años.

Cuadro nº2: Estimaciones y proyecciones de la población adolescente y joven, 1995-2050, para América Latina



Fuente: CELADE, Chile, Julio 1998. Cuadro de construcción propia

La tarea consiste en asegurar que la promoción de la salud se centre en impulsar las capacidades individuales y comunitarias de l@s adolescentes para el autocuidado y la vida saludable, en especial de l@s adolescentes pobres (OPS, 1999 2).

Algunos indicadores generales del Estado de salud de l@s adolescentes en la Región nos caracterizan su situación:

- Las tasas de fecundidad general han bajado para el conjunto de la población, sin embargo en las adolescentes la fecundidad se ha mantenido e incluso ha crecido, especialmente en adolescentes pobres con escaso nivel educativo.
- Existe un incremento en la incidencia de las ETS y SIDA a nivel de adolescentes, especialmente mujeres.
- La mortalidad y morbilidad por accidentes y violencias se incrementa, especialmente en adolescentes varones.
- Ha aumentado o se mantiene la prevalencia de uso del tabaco y el alcohol en adolescentes a nivel de la Región.
- Los hijos de padres adolescentes muestran mayor morbilidad y mortalidad en el primer año de vida, que los hijos de madres mayores de 20 años.
- En la mayoría de los países de la Región los hogares en pobreza extrema son los presididos por adolescentes, hombres o mujeres, que no tuvieron oportunidades para desarrollar sus capacidades básicas para la toma de decisiones, la productividad y la socialización adecuada de sus hijos (La Rosa, 1998 2).
- La incidencia de enfermedades infecto contagiosas como la TBC muestra una incidencia creciente en adolescentes varones.

En América Latina y el Caribe no se han hecho, hasta el presente, estudios dirigidos a la evaluación de los costos personales y sociales del comportamiento de riesgo de la juventud. Sin embargo, en EEUU hay datos relevantes al respecto, que pueden ayudarnos a concebir la magnitud del costo de no hacer promoción de la salud (considerando las responsabilidades directas del sector y las compartidas con otros sectores), veamos (Burt, 1998).

- Los estudiantes que abandonen la escuela secundaria cada año costarán a la nación 260 mil millones de dólares, durante sus vidas, por concepto de ingresos e impuestos que el Estado deja de percibir.
- El joven que abandone la escuela secundaria ganará, durante su vida 230 mil dólares menos que el joven que completa la escuela secundaria y pagará 70 mil dólares menos en impuestos.
- Cada año la escuela secundaria reduce en un 35% la probabilidad de que un adulto dependa de la asistencia gubernamental (y los costos relacionados).
- Los EEUU gastan anualmente unos 20 mil millones de dólares en atención de la salud, alimentación y provisión de ingresos para familias formadas por adolescentes.
- Salvar un joven delincuente, desertor de la escuela y consumidor de droga cuesta al Estado 1,5 a 2,0 millones de dólares (Cohen, 1995). Si invertimos en un programa de prevención, el costo calculado por cada joven sería US 5,000 o menos al año, suponiendo que el joven termina la escuela secundaria con éxito.

La atención específica a los adolescentes y su inclusión como población específica en los programas de salud en la mayoría de los países de la Región no tiene más de una década. Esto significa que el desarrollo del conocimiento en el área, con relación a buenas prácticas, políticas que han medido rentabilidad, modelos de atención y participación, es incipiente. Mas aún, los recursos humanos con que cuenta el sistema para el desarrollo de estos programas, están escasamente calificados en lo específico de lo asistencial y en mayor medida en lo promocional. Finalmente, a nivel institucional, se han ido constituyendo programas de salud de l@s adolescentes que en general cuentan con escaso presupuesto, poco desarrollo técnico y poco apoyo político. Esta situación se ve reforzada por la falta de institucionalización de la promoción de la salud que aludimos anteriormente.

Los jóvenes no constituyen un grupo de presión social cohesionado e importante para dialogar o presionar al Estado en pro de políticas y programas sociales para su bienestar, esto limita sus posibilidades de ser incluidos en la agenda pública. La mayor parte de organizaciones juveniles que logran una presencia pública en los países de la Región están vinculados a propuestas populistas de reivindicación de la gratuidad de la educación universitaria (casos de México y Argentina) o de oposición política (casos de Ecuador, Perú y Venezuela). En el ámbito de salud, encontramos una gran diversidad de organizaciones juveniles vinculadas o producidas por el propio sector que desarrollan acciones de apoyo a los servicios o de promoción de conductas saludables en temas específicos como salud Sexual y Reproductiva, Prevención del uso de drogas y alcohol, cuidado del medio ambiente, etc. Muchas de estas instancias organizativas logran desarrollar un trabajo de filigrana a nivel comunitario, pero están limitadas por el escaso presupuesto para acciones de seguimiento y evaluación y por los indicadores de evaluación de desempeño existente en el sector, que no incentiva ni premia las acciones promocionales.

Existen múltiples reportes sobre el impacto de programas de promoción de la salud en Jóvenes o de programas sociales en la salud de l@s adolescentes y jóvenes. Veamos algunos:

- ❑ La información sobre Sexualidad y toma de decisiones con relación al comportamiento sexual en adolescentes es un factor de retraso del inicio sexual e incide en el uso de anticonceptivos y profilácticos en adolescentes que se inician y llevan una vida sexualmente activa.
- ❑ El acceso a información y provisión de anticonceptivos y profilácticos para adolescentes hombres y mujeres conduce a que, luego del primer embarazo, el espacio intergenésico para un segundo embarazo sea mayor.
- ❑ El acceso a información y a servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño con énfasis en los hijos de adolescentes incide en una disminución de la mortalidad y morbilidad infantil en estos niños.
- ❑ La participación y el desarrollo de liderazgos colectivos en adolescentes y jóvenes, así como su inserción en el desarrollo de entornos saludables a nivel comunitario, permiten que estos jóvenes adopten conductas saludables, les facilita la inserción en el mundo adulto, los hace más creativos y productivos y les permite mayor movilidad social.
- ❑ Los adolescentes y jóvenes que participan en organizaciones juveniles que promueven el desarrollo de habilidades sociales, hacen uso en mayor medida que los jóvenes que no participan en nada de las oportunidades de capacitación y educación permanente, lo que impacta en una mejor calidad de vida para ellos y su entorno.
- ❑ Los programas de capacitación para un oficio y de inserción laboral para jóvenes cuando hacen énfasis en captar madres y padres adolescentes, logran reinsertarlos en el mundo de la calificación permanente (el 80% de madres adolescentes que participó en el programa Chile Joven, continuó estudiando otros oficios o perfeccionando el obtenido al finalizar la capacitación). En Centroamérica los promotores jóvenes de salud han constituido un pilar en la captación y rehabilitación de comunidades afectadas por los desastres naturales, actuando como brigadistas, especialmente con niños y con adultos mayores.
- ❑ La mayor parte de países de la Región está iniciando una reflexión sobre la institucionalización de políticas de juventud en los gobiernos, incluyendo tipos de institucionalización, mecanismos de abogacía, construcción de consensos, etc., con participación de la OPS y de otros organismos de cooperación internacional, así como de los jóvenes organizados. Esto ha logrado legitimar la discusión del tema en la agenda pública.

La reforma sectorial constituye el proceso más trascendente en el campo de la salud en casi todos los países del mundo y está inserta en un contexto de grandes cambios mundiales y en consonancia con otras reformas económicas, estatales y laborales.

Dr. George Alleyne²⁴

Capítulo II

Reforma sanitaria en la promoción de salud de adolescentes en Brasil, Costa Rica y República Dominicana

[Reforma sectorial: rectoría, organización y provisión de servicios]

Entendemos por reforma sectorial, al proceso dirigido por el gobierno en forma sostenida y a largo plazo, que busca cambiar las políticas sanitarias y las instituciones a través de las cuales éstas se ponen en práctica. Sus contenidos incluyen la definición de prioridades, el perfeccionamiento de las políticas y la reforma de las instituciones que implementarán las políticas (Saltman y Figueras, 1997).

Los procesos de reforma varían de país a país, cada uno define el paquete de medidas que incluyen sus objetivos de políticas. Sin embargo, la reforma en nuestra Región al formar parte de iniciativas estructurales más integrales, incluyen algunas características básicas. Para precisarlas vamos a citar el documento que se conoce como fundador de este proceso, que es el Informe sobre el desarrollo mundial de 1993 (Banco Mundial, 1993), el cual caracteriza a los sistemas de salud y sus problemas, de la siguiente manera:

- ❑ Asignación equivocada de los recursos: se gastan fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficacia en función de los costos, en desmedro de intervenciones de importancia crítica y sumamente eficaces en función de costos; esto se verifica en que **no** se prioriza el primer y segundo nivel de atención, siendo que las intervenciones más eficaces se dan allí.
- ❑ Desigualdad: Los pobres carecen de acceso a servicios básicos de salud y la atención que reciben es de mala calidad. El gasto público en salud beneficia en medida desproporcionada a los que están en mejor situación económica, en forma de asistencia gratuita o por debajo del costo en modernos hospitales estatales de nivel terciario y subvenciones de los seguros médicos privados y públicos.
- ❑ Ineficiencia: Gran parte del dinero que se gasta en salud se despilfarra. Se compran productos farmacéuticos de marcas registradas, en lugar de medicamentos genéricos, los auxiliares de salud están mal distribuidos y supervisados, y las camas de hospital están sub-utilizadas. La ineficiencia está vinculada a que los sistemas de salud estatales están sumamente centralizados y son muy burocráticos y poco sensibles a las necesidades de los ciudadanos. Además, los gobiernos han sido lentos en la fijación de normas sobre seguridad en el trabajo y contaminación del medio ambiente, y remisos a emprender campañas eficaces para modificar comportamientos personales dañinos para la salud, en particular el consumo del alcohol y cigarrillos.
- ❑ Explosión de los costos: en los países en desarrollo de ingreso mediano, los gastos en asistencia sanitaria aumentan con mayor rapidez que los ingresos.

Frente a esta caracterización, el Banco Mundial propone que la reforma sectorial debe guiarse por tres principios:

- ❑ Muchos servicios relacionados con la salud, como la información sobre enfermedades contagiosas y la lucha contra éstas, son bienes públicos, por ello se requiere la participación gubernamental para incrementar el suministro de estos bienes. Asimismo, los servicios de salud tienen grandes externalidades positivas que deben alentarse desde los gobiernos.
- ❑ La prestación de servicios de salud eficaces en función de los costos a los grupos de población pobres es un método efectivo y socialmente aceptable para reducir la pobreza. Los mercados privados no brindan a los pobres acceso adecuado a servicios clínicos esenciales, ni tampoco los seguros que con frecuencia se necesitan para pagar tales servicios. Por lo tanto, el financiamiento por el sector público de la asistencia clínica esencial se justifica en razón del alivio de la pobreza.
- ❑ Pueden necesitarse medidas gubernamentales para compensar los problemas generados por la incertidumbre y las deficiencias del mercado de seguros. Los gobiernos tienen una función importante que desempeñar en la reglamentación de los seguros médicos ofrecidos por el sector privado, o en la disposición de alternativas como los seguros sociales, a fin de asegurar que la cobertura sea amplia y que los costos se mantengan bajos.

Tanto la caracterización de la situación como los principios planteados nos llevan a reiterar la validez de la discusión teórica que presentamos en el primer capítulo de este documento. Consideramos que la promoción de la salud enfrenta el reto de repensarse así misma como estrategia a ser priorizada dentro del gasto público como gasto eficaz. La inercia de los sistemas de salud y de los organismos de planificación del Gasto Público, los han llevado a perpetuar prácticas conocidas y generadas por el conocimiento de la medicina como son las curativas y de rehabilitación, que se han inscrito en el inconsciente colectivo como "generadoras de salud" sin tomar en consideración los determinantes externos de la salud, que justamente podrían empezar a ser enfrentados con estrategias integrales de información básica para el autocuidado personal y comunitario de salud, así como con la construcción de entornos saludables allí donde el ser humano vive su día a día, en otras palabras, con acciones de promoción de la salud.

El fortalecimiento de las instituciones de la sociedad civil, el empoderamiento de los ciudadanos en el autocuidado de su salud, el fomento de la transparencia en la planificación y rendición (*accountability*) pública de la inversión en salud, son parte de las acciones de promoción y son elementos centrales para su viabilidad estratégica en la reforma del sector. Este contexto es una gran oportunidad para los que operan en el campo de la promoción, la salud de los pobres y de las poblaciones más vulnerables por edad, sexo, ubicación geográfica o raza. Estos sectores continuarán siendo sub-atendidos y escasamente presentes en el gasto público sino se cumplen las responsabilidades políticas y técnicas de la promoción, la cual requiere del diseño de una agenda de acción que pueda ir tomando cuerpo específico según las particularidades de cada país.

En el marco del proceso de reformas iniciado en la Región, en diciembre de 1994 se celebró en Miami la Cumbre de las Américas, la que tuvo como resultado el Plan de Acción sobre Erradicación de la Pobreza y la Discriminación en Nuestro Hemisferio. Dicho plan prioriza entre otras cosas, el acceso equitativo a los servicios básicos de salud y acuerda celebrar la Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud entre los gobiernos, los donantes y las organizaciones de cooperación técnica interesadas. Esta reunión se celebró en setiembre de 1995 con activa participación de la OPS y permitió comprobar que el objetivo declarado de los procesos de reforma era: "proporcionar servicios de salud eficientes y de buena calidad a todos los habitantes, en respuesta a las necesidades acumuladas y emergentes de la población, en búsqueda de mayor equidad" (OPS, 1995).

La OPS caracteriza los procesos nacionales de reforma, de la siguiente manera (ibid).

1. **Función de rectoría.** Las reformas buscan fortalecer la responsabilidad del Gobierno Central en sus funciones conductora, reguladora y promotora de la participación social, como garantes del acceso equitativo de todos los ciudadanos a los servicios de salud; en este sentido han tratado de redefinir los roles del gobierno central y los gobiernos regionales y locales en la gestión de los sistemas y servicios de salud, para cumplir los mandatos derivados del proceso de modernización del Estado y garantizar la atención prioritaria a los grupos más postergados y vulnerables.
2. **Organización de los sistemas de salud.** El énfasis está puesto en la ampliación de la cobertura de servicios, especialmente de servicios integrales a grupos poblacionales que carecen de acceso regular a servicios básicos de salud y a prestaciones para grupos con necesidades específicas, con el objetivo de mejorar el impacto en el estado de salud y asegurar la equidad en el acceso a la atención. Este proceso trae consigo:

- a. La redefinición de los modelos de atención con énfasis en la integralidad y la desconcentración, donde se destaca un aumento del peso relativo de la atención ambulatoria de base promocional y preventiva en articulación con acciones intersectoriales a favor de la salud.
 - b. El ordenamiento de un conjunto básico de prestaciones diferenciadas en función de los perfiles epidemiológicos prevalentes, la disponibilidad de recursos, las preferencias de las comunidades afectadas y las opciones de política de cada país. Esta estrategia, que está siendo adoptada por varios países para operacionalizar la meta de universalizar el acceso, también sirve para orientar las acciones de salud financiadas con recursos públicos hacia grupos vulnerables por condiciones de ingreso, riesgo, género, marginación, origen étnico, ubicación geográfica y ocupación, entre otras, o hacia problemas de salud de alta prevalencia que son susceptibles de control por medio de tecnologías de alta efectividad y bajo costo.
 - c. Fortalecimiento de la participación social, tanto en los ámbitos de la promoción y la prevención como en el de la provisión de servicios curativos y de rehabilitación. En estos últimos, la participación se expresa en el momento de planificar la asignación de recursos y no sólo la gestión misma de los servicios. El espacio privilegiado para la participación, es el nivel local apoyado en las políticas de descentralización o desconcentración.
3. **Provisión de los servicios.** Se pretende mejorar la eficiencia y productividad de los servicios con la ampliación del número y variedad de los proveedores públicos y privados sin y con ánimo de lucro, de tal manera que aumenten las posibilidades de elección de financiadores y usuarios. Además, se trata de reestructurar los hospitales públicos como empresas de servicios con autonomía de gestión y capacidad de recuperar costos.
- a. Se busca modificar las formas de gestión e introducir incentivos que estimulen la eficiencia y desalienten la sobreprestación de servicios y el uso inapropiado de tecnologías complejas. Las instituciones públicas deberán adoptar enfoques gerenciales originarios del sector privado, mientras los prestadores privados reciben el desafío de responder a necesidades comunitarias que sobrepasan la prestación comercial de servicios.
 - b. Readecuar cuantitativa y cualitativamente la capacitación y formación de los recursos humanos técnicos y gerenciales para atender a la nueva realidad de un sector competitivo y modernizado. La gestión de los recursos humanos debe contemplar nuevas formas de contratación y remuneración y de evaluación del desempeño del personal de salud que incentiven el aumento de la eficiencia y la calidad de atención.
 - c. Políticas de registro, financiación, distribución y uso racional de los medicamentos y los procedimientos de evaluación y control de las tecnologías sanitarias. Se ha generalizado la idea de que una asistencia de calidad tiende a ser más eficiente y, a menudo, más solidaria y humana. Se están promoviendo programas de garantía de la calidad que incluyen la habilitación, categorización y acreditación de los establecimientos de salud.
4. **Financiamiento de los servicios.** Se constata que el financiamiento público es insuficiente para atender las necesidades presentes y los incrementos esperados y se reconoce que el financiamiento público no requiere ir ineludiblemente unido a la provisión pública, por lo tanto, se tienden a separar las funciones de financiamiento y provisión de los servicios. Los procesos de reforma han tratado de identificar y movilizar fuentes de financiamiento adicionales, hallar la combinación más adecuada entre ellas y orientar el gasto con criterios de equidad y eficiencia. Esto hace necesario evaluar las distintas modalidades existentes o propuestas no sólo en función de su capacidad para generar fondos o recuperar costos en el nivel donde se aplican, sino en función de sus potenciales efectos sobre la asignación de recursos. Un elemento sustantivo es la preocupación por la equidad financiera, vale decir, por la adopción de mecanismos de financiamiento que distribuyan adecuadamente cargas y beneficios y no desalienten el uso de los servicios entre quienes no tienen capacidad de pago; además, se trata de que el financiamiento público reasigne los recursos hacia actividades, servicios, programas y grupos sociales que fomenten la equidad y sean costo - efectivos.

En este trabajo concentraremos nuestra atención en las funciones de rectoría, organización de los servicios y provisión de servicios que se están rediseñando en la mayoría de procesos de reforma, asumiendo que no existe una receta regional para el proceso, sino que cada país está construyendo un proceso particular con algunas características comunes. De otro lado, nuestra reflexión tendrá como foco la promoción de la salud, en particular de la de l@s adolescentes.

Consideramos con Drucker, que "Desde 1875 hasta 1930 la innovación social tomó la forma de crear nuevas instituciones en el servicio público. Los próximos veinte o treinta años serán muy diferentes. En ese período se requerirá una innovación social mayor que en el pasado, pero ésta tendrá que consistir en cambios sociales dentro de las instituciones públicas existentes. La construcción de una capacidad empresarial dentro del servicio público se constituirá así en la principal tarea política de esta generación" (Drucker, 1985). A esta tarea, hay que sumarle la construcción de capacidades, mecanismos e incentivos para la construcción de una salud Pública que cumpla los siguientes criterios (OPS/OMS, 1997)²⁵:

- Equidad
- Calidad
- Eficiencia
- Sostenibilidad y
- Participación social

Es necesario asegurar que los "sistemas reformados posean un componente poderoso de salud pública, capaz de analizar tendencias en las enfermedades, identificar explicaciones así como proponer respuestas efectivas, y hacer el seguimiento de las mismas. Es probable que éstas requieran actividades coordinadas, incluyendo elaborar políticas públicas saludables, prevenir, reforzar la atención primaria de salud y reorientar los servicios hospitalarios. Ello a su vez requerirá contar con un apoyo efectivo de individuos formados con buena comprensión de la epidemiología, de la evaluación de la asistencia sanitaria y de los enfoques precisos para cambiar la conducta profesional. Sin una actuación intersectorial capaz de dar respuesta a las grandes causas subyacentes tras los problemas de salud, la cada vez mayor carga de enfermedad pondrá en peligro los esfuerzos por lograr los objetivos del gobierno, como el crecimiento económico (Saltman y Figueras, 1997). Incluso pondrá en peligro la gobernabilidad de nuestros países (el caso del SIDA en África es un ejemplo de ello).

La promoción de la salud, es uno de los ejes de la discusión con relación a las funciones de rectoría, organización y provisión del sistema, como de financiamiento. Frente a ello es necesario desplegar todas nuestras capacidades técnicas para instalar propuestas que modelen el accionar del sistema en el área, incluyendo indicadores de evaluación y seguimiento, así como medición de la rentabilidad social de las intervenciones de promoción e insertando el mecanismo de planificación por ciclo de vida. Esto supone que los responsables de la promoción desarrollen paquetes o propuestas de acción por grupos de edad en el más breve plazo, poniendo especial atención en la discriminación positiva por pobreza, sexo y nivel de vulnerabilidad que impacte en el estado de salud de la población específica y general, disminuyendo la inequidad y universalizando el acceso a los bienes y servicios públicos.

[Evolución de las reformas sectoriales en los tres países, Brasil, Costa Rica y República Dominicana: papel rector, cambios en la organización, cambios en la provisión]

Brasil (PNUD, 1999)

Tiene una población calculada para el año 1997, de 159.636.413 habitantes. Para el año 1993, el país contaba con 134 médicos por cien mil habitantes y 41 enfermeras por 100.000 habitantes.

El proceso que lleva a la reforma Sanitaria en Brasil se diferencia substantivamente de los procesos ocurridos en otros países de la Región, por dos hechos: 1. La base de su desencadenamiento fue político-ideológica, (proceso de redemocratización de la sociedad brasileña, consolidación de un creciente movimiento de ampliación de la coalición socio-política que sustentaba el proyecto de reforma, con activa participación de sindicatos de profesionales de salud, grupos académicos, dirigentes y órganos públicos ligados a la oposición al régimen militar) en tanto que en otros países fue básicamente financiero; 2. Los principios y directrices de la reforma fueron concebidos como producto de una reflexión conjunta entre la academia y los servicios, y no fueron determinadas por un proceso de reforma global del Estado.

Hasta el año 1989, el sistema público de salud se caracterizaba por:

- Ser extremadamente centralizado en el Gobierno Federal.
- Estar compuesto por dos redes de servicios distintas, separadas, no integradas. Una subordinada al Ministerio de Prevención y Asistencia Social (MPAS) y otra perteneciente al Ministerio de Salud.
- Permitir acceso diferenciado a distintas categorías de trabajadores: segmentador.
- Predominantemente "hospital-céntrico".
- No tener jerarquías establecidas, regionalización y sistemas de referencia.

La reforma se inicia en 1990, con acciones orientadas a implementar el Sistema Unico de Salud (SUS) en el territorio nacional, como una única gran red integrada por unidades propias federales, estatales y municipales y por establecimientos privados contratados por ellos en el ámbito municipal y excepcionalmente en el ámbito estadual. Contando paralelamente con un sistema médico supletorio, formado por instituciones aseguradoras y de medicina de grupo, o privada pura. Este proceso incluyó:

- Transferencia del Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) al Ministerio de Salud.
- Esta red estaba compuesta por establecimientos públicos, filantrópicos y privados, responsables del 71% de los servicios ambulatorios y del 64% de los servicios hospitalarios prestados en el país en 1987.
- Publicación de las Leyes Orgánicas de Salud.
- Integración de las dos redes de servicios.
- Descentralización progresiva de la ejecución de los servicios: red federal, estadual y municipal. Paralelamente a este sistema existe un sector médico, formado por instituciones aseguradoras y de medicina de grupo o privada pura que pueden ser contratados por las redes o directamente por la población.

Se estima que el Sistema Unico de Salud (SUS) cubre el 95% de la población en atención primaria, el 70% de la atención secundaria y el 90% de alta complejidad. El 30% de la población es cubierta por el sistema paralelo.

Los principios de la reforma brasileña que constituyó el SUS, incluían:

- Universalidad**, acceso irrestricto a servicios de salud para toda la población.
- Descentralización**, incluyendo la planificación, gestión, evaluación y control.
- Redes regionalizadas y jerarquizadas de servicios**, permitiendo la integración de redes públicas y público-privadas y sistemas de referencia.
- Integralidad**, ofreciendo todo tipo de servicios: promoción de la salud, prevención de dolencias, tratamiento y rehabilitación.
- Equidad**, brindando a cada comunidad lo que necesita.

El gasto público per cápita en salud aumentó de US \$92 en 1987, a US \$125 en 1997, representando el equivalente a 4.35% del PBI. En este sentido el sub-financiamiento del sector y las dificultades para la contratación y manutención de recursos humanos calificados en razón de las prioridades establecidas, son los principales problemas en los tres niveles de decisión: **federal, estadual y municipal**.

Los cambios ocurridos en la década, describen lo siguiente:

- El acceso a todo tipo de servicio, incluyendo los de mayor complejidad se ha universalizado, ya no es necesario ser asegurado.
- Constitución de una sola red de servicios públicos de salud, totalmente desvinculada del servicio previsional, el cual dejó de ofrecer servicios de salud a sus asegurados.
- La toma de decisiones sobre la implementación de servicios se realiza en instancias más próximas al cliente. En el ámbito municipal, recae la responsabilidad de planeamiento, organización, control y evaluación de las acciones de servicios de salud, así como la ejecución directa de los servicios. En el ámbito estadual, recae la coordinación, evaluación y control de las unidades de referencia y las redes jerarquizadas de servicios en su territorio, así como acciones de carácter complementario y de cooperación técnica y financiera con los municipios. El nivel Federal es el encargado de formular, normar y evaluar la política nacional de salud, garantizando la unidad del sistema en torno a sus directrices principales, así como regular las relaciones público - privado, establecer las normas y mecanismos de control de calidad de productos y servicios, evaluar tecnologías y promover su incorporación y cooperar técnica y financieramente con los estados y municipios.
- A nivel de la red de servicios, los municipios son responsables de la gerencia de establecimientos que actúan en el primer y segundo nivel de complejidad. Los Estados se encargan de los servicios de tercer nivel y de la coordinación de redes regionalizadas de referencia y contrarreferencia.

- Aumentó significativamente la participación social en la gestión de la salud.
- Se ha diseñado y se está implementando la estrategia de salud Familiar, eje de la promoción de la salud.
- Mejora sustantiva en los indicadores de salud: aumento de cobertura de control prenatal (subió de 74% a 85% de las gestantes), aumento de los partos institucionales (de 80 a 91%).
- Se está privilegiando el desarrollo de instrumentos gerenciales que impriman mayor eficiencia y calidad a los servicios prestados, incluyendo mecanismos de evaluación de tecnologías a ser incorporados al sistema.
- Las acciones intersectoriales son desarrolladas por los tres niveles de poder del sistema: municipal, estadual y federal.

Costa Rica (PNUD, 1999)

Para 1997, Costa Rica tenía una población total de 3.270.000 habitantes. Para el año 1993, el país contaba con 126 médicos por cien mil habitantes y 95 enfermeras por cien mil habitantes (el doble que Brasil).

Hasta el año 1992, el sistema público de salud se caracterizaba por:

- Modelo biologista de atención a la demanda.
- Predominio hospitalario y poca apertura al trabajo comunitario.
- La provisión de servicios era dada por el MINSA y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) con servicios de atención y recuperación, incluyendo pocas acciones de promoción.
- No existían redes de referencia y contrareferencia.
- El sistema de información dependía del MINSA.

La reforma o modernización del sector empezó a gestarse en la década de los 80, se aprobó en 1992 bajo principios de Equidad, Universalidad y Solidaridad. Comenzó a operar en 1994, con los siguientes contenidos:

- El Sistema Nacional de Salud pondrá énfasis en alcanzar dos grandes metas: reducir las diferencias existentes en los niveles de salud, entre las distintas regiones y grupos de la población nacional, y asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, oportuna, eficiente y de buena calidad, para iguales necesidades de los usuarios.
- El Ministerio de Salud es el órgano rector, lo que favorecerá la intersectorialidad para trabajar junto con el mejoramiento de la educación y por un medio ambiente saludable.
- El derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento es garantizado por el monopolio de seguro estatal que es la Caja del Seguro Social (CCSS), brindando servicios en tres niveles de atención que deben trabajar en forma coordinada y eficiente, teniendo como base la Atención Primaria de Salud. En el primer nivel de atención el objetivo es crear 800 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), los cuales deben brindar un programa de atención integral básico que contiene: atención integral del niño (0-9 años), atención integral al adolescente (10-19 años), atención integral a la mujer, atención integral al adulto (20-59 años) y atención integral a la Tercera Edad. Estos "paquetes" son de aplicación universal, están destinados a la prevención y educación en salud.
- Las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud se han organizado de la siguiente forma: la CCSS actúa como financiador-comprador de servicios que prestan las clínicas y hospitales (todas les pertenecen). Es responsabilidad de la CCSS ser el mediador entre las demandas de la población y la oferta de los prestadores, labor que se plasma en la firma de **compromisos de gestión**. Los prestadores son los responsables de la atención sanitaria, la gestión de recursos humanos y materiales, la gestión financiera y el control de calidad de servicios que presta. El mecanismo para asegurar la rendición de cuentas se ejerce mediante un Fondo de Retención del 10% del presupuesto asignado, el cual se libera al cumplir los compromisos.
- Se pretende descentralizar la gestión administrativa permitiendo la compra directa de servicios externos en beneficio de la gestión del establecimiento y del recurso humano. Se ha liberalizado la ejecución del presupuesto.
- La participación social en el nivel local será ampliamente promovida en tres áreas principales: el autocuidado de la salud, la ejecución de actividades y la gestión de servicios. En la ejecución de actividades, se promoverá la organización de grupos que deseen participar en acciones específicas de intereses comunes.

Los cambios ocurridos con el proceso de reforma o modernización del sector describen lo siguiente:

- Se ha transferido toda la provisión de servicios a la CCSS; ésta absorbe más del 80% del gasto del sector salud.
- El gasto real per cápita en salud aumentó en más del 10%.
- Aún cuando la estrategia de Atención Primaria de salud es priorizada en el Modelo, los informes de ejecución de presupuesto reportan que la mitad del gasto se concentra en el III Nivel de Atención, mientras que el I y II Nivel comparten la otra mitad.
- Para 1997, la mitad de la población de Costa Rica fue atendida de forma regular por el conjunto básico de prestaciones y específicamente los que más lo necesitan.
- Los EBAIS han cumplido en un 98.7% sus metas en la cobertura de atención. Se han instalado 525 EBAIS aumentando con ello la proximidad y acceso de la población a servicios de salud.
- Una comparación ente el gasto real per cápita por cantón y el Índice de Desarrollo Social, muestra que entre 1994 y 1996 los cantones más pobres con menor inversión se trasladan a una mayor inversión, lo que se explica por el fortalecimiento del primer nivel de atención y la inversión en infraestructura y equipo.
- En el 78.5% de los EBAIS han participado comités de salud; de los cuales, el 42% son asociaciones de desarrollo; el 36.2% los voluntarios y el 26.2% los comités de nutrición. Las juntas hospitalarias presentan evidencia de que se ha aumentado el grado de participación y control social en los niveles II y III. En el nivel primario todavía no se ha observado un aumento generalizado de participación y control social.

República Dominicana (PNUD, 1999; SESPAS, 1998)

Tiene una población estimada para 1998 de 8.180.000 habitantes. Para el año 1993, el país contaba con 77 médicos por 100.000 habitantes (casi la mitad con relación a Brasil) y 20 enfermeras por 100.000 habitantes (casi la quinta parte con relación a Costa Rica).

Hasta el año 1995, el sistema público se caracterizaba por:

- Carácter dispensarial.
- Inducido por la demanda y centrado en la acción curativa médica.
- Inequitativo, baja cobertura y regresivo.
- Fuerte tendencia a la especialización y actividad hospitalaria.
- Relaciones jerárquicas, normativas y tradicionales entre los diferentes niveles de atención.
- Gerencia de recursos humanos (RRHH) tradicional, con escasa evaluación, sin incentivos al desempeño.
- Déficit de enfermeras para cubrir las necesidades del sistema, (20 por 100,000 habitantes)
- Inexistencia de protocolos estandarizados para el tratamiento de las principales patologías prevalentes.
- Inexistencia de mecanismos de supervisión, evaluación y control de la provisión de los establecimientos y servicios de salud pública.
- Información no confiable, sobre diagnósticos, producción y prestación de servicios debido a registros incompletos y omisión alta. Ausencia de sistemas computarizados en los establecimientos y unidades desconcentradas del nivel provincial.
- La red de servicios públicos no desarrolla programas de calidad.
- La participación social era pasiva e instrumentalizada (aportaba trabajo físico y contribuía económicamente al mantenimiento de la red de centros de salud).

La reforma se inicia en 1996 a través del proceso de modernización del Estado, que incluye al sector salud. Los objetivos que se plantean en este proceso son:

- Mejorar las condiciones de salud de la población, asegurando servicios de promoción, protección específica, prevención, atención y rehabilitación, oportunos, adecuados y de cantidad y calidad suficientes para toda la población, a través de la articulación de redes de servicios descentralizadas
- Articular el Sistema Nacional de Salud en el cual participen todos los subsectores, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud y Asistencia Social (SESPAS) y con reglas del juego establecidas por ésta, que garanticen: calidad, equidad y estándares mínimos de servicio para todo aquel que participe.
- Contribuir al desarrollo de un sistema de seguridad social en salud, universal, solidario, eficiente, plural y sostenible.

El modelo de sistema que propone la reforma está orientado hacia el territorio-población, buscando fortalecer el primer nivel de atención, promover la participación de la comunidad, establecer la provisión de la atención en función de prioridades nacionales y locales, con una oferta integral básica universal suministrada por equipos de atención a la salud multidisciplinarios y organizados territorialmente.

El sistema de servicios de salud lo componen un subsector público de salud, constituido por la Secretaría de Salud y Asistencia Social (SESPAS), el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (ISSFAPOL) y el Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE); y un subsector privado, formado por instituciones privadas con y sin fines de lucro. Las relaciones entre estos actores son escasas, siendo nulas con el sector privado.

El SESPAS ejecuta alrededor del 60% del gasto público en salud, el resto es ejecutado por otros actores gubernamentales. Para 1998, se determinó que el 7.4% del gasto operativo del subsector público se destinó a acciones de promoción y prevención, 67% a acciones curativas, 15% a actividades administrativas y 10% a infraestructura, regulación, formación de recursos humanos, producción y compra de insumos. Esto está en clara contradicción con la voluntad expresada de priorizar la promoción de la salud.

Se estima que la SESPAS cubre en torno a 75% de la población, pero la cobertura efectiva sólo alcanzaría al 45%. El IDSS cubre al 7.1% de la población, el ESSFAPOL de 2 a 3%, las aseguradoras privadas de 12 a 15% y las organizaciones sin fines de lucro a un 1%.

Los cambios ocurridos en estos años iniciales de reforma, describen lo siguiente:

- Se está gestionando la aprobación por el Congreso Nacional de la Ley General de Salud o código sanitario y la Ley de Seguridad Social. Con éstas se espera introducir cambios sustantivos en la regulación básica del sector, relacionados con: fortalecimiento del papel rector de la SESPAS, separación de funciones en el Sistema de Salud, creación de fondos provinciales de financiamiento, fortalecimiento de la participación ciudadana y del trabajo intersectorial, modificaciones en la oferta de atención y en la gestión de servicios de salud.
- Desconcentración del SESPAS al nivel provincial, logrando aumentar su liderazgo y capacidad de conducción local y provincial.
- Se ha incrementado el flujo de recursos en el ámbito local, mejorando con ello la gestión global de la red de servicios.

De acuerdo al trabajo de campo realizado durante el estudio y a la bibliografía consultada, con relación a los procesos de reforma en los tres países, observamos lo siguiente:

El papel rector de los MINSA

En los tres casos hemos observado que los diferentes niveles de decisión y de provisión de los servicios expresan que el proceso de reforma no ha fortalecido aún el papel rector del MINSA (OPS/OMS, 1998), entendiendo que las dimensiones de éste son:

- Conducción sectorial
- Regulación sectorial y desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública propias de la autoridad sanitaria
- Financiamiento sectorial
- Aseguramiento
- Provisión de servicios

En Brasil, la descentralización efectiva, el tamaño del país y el desarrollo aún incipiente de mecanismos de evaluación oportuna, monitoreo de las acciones e incentivos, hace que el MINSA tenga un papel básicamente promotor de líneas de acción y generador del consenso social, frente a las que cada Estado y municipio toma posición. Sin embargo, el proceso de normatización de las acciones, la capacitación de recursos humanos (RRHH) y el desarrollo de incentivos financieros para la labor de las municipalidades está bastante avanzado.

En el caso de Río de Janeiro, observamos un escaso desarrollo de programas promocionales, dada la tendencia a confundirlos con acciones preventivas tradicionales. Encontramos un nivel estadual debilitado, que mantiene acciones sin mayor definición estratégica, con escasos recursos presupuestarios, de infraestructura y humanos, esto está relacionado con el proceso institucional de recomposición que está viviendo el país. Los funcionarios de este nivel de gobierno no logran precisar la misión institucional que los justifica y no cuentan con el respaldo jurídico, administrativo y financiero para ejercer sus funciones específicas en el sistema.

En el municipio (*prefeitura*) de Río de Janeiro, encontramos un espacio de gobierno con grandes fortalezas en el desarrollo de líneas de acción en promoción de la salud que se expresan en los servicios, pero con escasa presencia directa en la evaluación y monitoreo de las acciones. Cada nivel de gobierno pareciera tener valor en sí

mismo, pero muchas dificultades para regular y conducir el nivel operativo. Podemos afirmar que en términos de rectoría, en Brasil encontramos una "coproducción" o "cogestión", expresada en un liderazgo compartido con los diferentes niveles de gobierno.

En el caso de República Dominicana observamos que el SESPAS mantiene un ritmo de acción bastante autónomo de la Gerencia de reforma del sector, siendo que el papel rector está disminuido por el escaso desarrollo de un Sistema de Información Gerencial, Sistemas de evaluación de la Calidad y limitaciones de coordinación interna; asimismo, el sector público no ha desarrollado una labor de regulación y coordinación con el sector privado. La Agenda del proceso de reforma en lo que se refiere a diseño institucional y actores a involucrar en el Modelo de Atención no está clara.

El punto de partida de este país con relación al Sistema de salud le implicará hacer un largo camino de diseño, generación de consensos, capacitación de personal (cabe resaltar que el país cuenta con escaso personal de enfermería, sólo 20 por 100,000 habitantes, cifra que triplican largamente los médicos -77 por cien mil habitantes-, siendo que éste es personal caro, poco disponible en la atención primaria y poco preparado para funciones de promoción y prevención), incluso en aquellas áreas de mayor desarrollo como es la bio-médica. Esto unido a la generación de habilidades de gerencia moderna para un sector que ha sido anárquico, clientelista y con gran tradición burocrática.

En Costa Rica, el MINSAL pareciera haber perdido su capacidad de rectoría y regulación sobre la proveedora de servicios que es la CCSS. El MINSAL no cuenta con un marco jurídico administrativo que le permita dirigir las acciones y evaluar al proveedor, ni con asignaciones presupuestarias y de infraestructura específicas para cumplir con su papel rector. De otro lado, no cuenta con técnicos de alto nivel que estén en condiciones de diseñar los mecanismos de evaluación, incentivos y supervisión a la CCSS para el cumplimiento de los objetivos. El diseño organizacional del MINSAL no se corresponde con sus funciones, es el caso de los programas por ciclo de vida diseñados para su implementación en la CCSS. Estos programas no cuentan con una instancia rectora, promotora, evaluadora específica en el MINSAL.

La Caja a su interior ha constituido una compleja burocracia, en lugar de aplanar el diseño institucional, existiendo escasa interacción entre los programas de línea y los responsables de impulsar los Compromisos de Gestión, esto limita la capacidad rectora de la CCSS pues su relación con los técnicos especializados en los programas por ciclo de vida es escasa.

La organización de los sistemas de salud

La cobertura de atención se ha ampliado en los tres países visitados, notándose incluso logros en la atención a poblaciones más pobres; especialmente en Brasil. Sin embargo, a excepción de Brasil, donde la estrategia de promoción de la salud está instalada desde el nivel federal hasta las *prefeituras* (municipalidades) con diversos esquemas; tanto Costa Rica, como República Dominicana, siguen concentrando la mayor parte de su inversión en servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, en desmedro de los de promoción de la Salud, aún cuando sus Modelos de Atención expresan que ésta es la prioridad.

Los tres países expresan en sus diseños de modelo de atención, el interés por acciones integrales, intersectoriales, incluyendo la planificación por ciclo de vida para las prestaciones de salud. Lo que estaría mostrando una clara apuesta por dar servicios integrales a grupos poblacionales que carecen de acceso regular (por ejemplo: adolescentes, adultos mayores), a través del ordenamiento de un conjunto básico de prestaciones diferenciadas. Sin embargo, es poco lo avanzado en Costa Rica y República Dominicana en institucionalizar la promoción de la salud, dotarla de presupuesto, construcción de agenda estratégica y de inclusión de sus acciones en los Sistemas Nacionales de Información aún en gestación.

La participación social es uno de los componentes presentes en los tres modelos de reforma estudiados. Los logros son aún mínimos, dado el escaso desarrollo técnico en el área y la poca sistematización que existe del trabajo local que es el espacio privilegiado de la participación.

La provisión de los servicios

Tanto en el caso de Brasil como en el de Costa Rica, encontramos Sistemas Únicos de provisión los cuales generan "cuasi mercados" a través de un sistema de incentivos a la competencia que viene dada en el caso Brasileño por la transferencia evaluada de recursos a los Municipios y en el caso de Costa Rica, por los compromisos de gestión que se establecen. En ambos países se mantiene también una oferta privada pequeña.

En el caso de República Dominicana hay un paquete básico de atención al que todos pueden acceder, sin embargo, la provisión es más diversa, pero no tenemos información de la calidad de las mismas. No es claro el esquema de incentivos a la competencia y productividad.

Brasil es el país que ha logrado mayor desarrollo de la promoción de la salud en términos de institucionalizar las acciones a través de la atención básica que es gerenciada en el ámbito municipal; una de las estrategias sustantivas es la implementación del programa de salud de la Familia.

Los procesos de certificación de servicios y de programas de formación de RRHH son un elemento dinamizador del mercado de salud. Brasil tiene un gran desarrollo de oferta de capacitación en salud colectiva que facilita y sustenta el proceso de reforma que vive. Sin embargo, uno de sus grandes problemas es la gran diversidad de planes de carrera que persisten en los tres niveles de gobierno que determinan diferentes formas de inserción y actuación de profesionales del sector dentro de un sistema que pretende ser único.

De otro lado, la acreditación de instituciones formadoras de RRHH de salud es responsabilidad del Ministerio de Educación con escasa o nula participación del Ministerio de Salud; esto constituye una gran dificultad.

La acreditación de establecimientos de salud es responsabilidad del MINSA, pero se realiza en forma poco sistemática a pesar de contar con instrumentos para su realización.

En el caso de Costa Rica, los datos reportan que los compromisos de gestión han tenido un impacto positivo en el mejoramiento de la calidad de la atención, como en la valoración que tiene el público del servicio que se ofrece. Asimismo, los incentivos al desempeño que provienen del excedente que se crea con la venta de servicios, ha logrado motivar al personal.

Los procesos de certificación de formación de RRHH son realizados por el Consejo Nacional de Rectores con una escasa relación con el MINSA. La acreditación de los establecimientos de salud sólo comprende los servicios de maternidad; la realiza el Ministerio de Salud.

Existen mecanismos para incentivar al personal según su desempeño, los cuales pueden ser establecidos directamente por el proveedor de servicios.

En República Dominicana, aún no se han desarrollado mecanismos específicos para cumplir con la supervisión, evaluación y control de la provisión de servicios públicos y privados, éstas se realizan cuando existen denuncias públicas.

Se están implementando programas de gestión de calidad en cuatro Hospitales Materno Infantiles. En la mayoría de hospitales públicos no existen comités de vigilancia y control de infecciones hospitalarias; ni comités de ética y control del comportamiento médico.

La tendencia es a fortalecer el Instituto Dominicano de Seguridad Social, incorporándole nuevas funciones y mecanismos de financiamiento. Ellos serían los encargados de proveer servicios a empleados públicos y trabajadores asalariados, mientras que los trabajadores informales e indigentes continuarán siendo dependientes de la SESPAS, la que financiaría el paquete básico de prestaciones.

Una de las grandes limitaciones de la provisión de la promoción de la salud y de los programas de salud de los adolescentes en República Dominicana, es la falta de RRHH calificados en el área, así como de propuestas gerenciales que muestren la alta rentabilidad de estas estrategias.

[Descripción de los modelos de atención en los tres países, en el primer nivel de atención]

Nuestro interés es precisar los desarrollos nacionales en el área, para avanzar en nuestro análisis, según el marco teórico que orienta nuestro estudio (Ministerio da Saúde, Brasil, 1999 2; Ministerio de Salud, Costa Rica, 1998; SESPAS, 1998).

Características	Brasil	Costa Rica	República Dominicana
Principios	<p>La salud es un derecho fundamental que el Estado debe asegurar, por medio de políticas sociales y económicas y el establecimiento de condiciones que aseguren el acceso universal e igualitario a servicios de promoción, protección y recuperación de salud individual y colectiva.</p> <p>Asistencia integral, entendida como un conjunto articulado y continuo de acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, en todos los niveles del sistema.</p> <p>Universalidad en el acceso.</p> <p>Equidad en las acciones y servicios.</p> <p>Capacidad de resolver los problemas de salud a través de la asistencia tanto domiciliaria como en el servicio.</p> <p>Intersectorialidad, para potencializar recursos y evitar duplicación de esfuerzos.</p> <p>Humanización de la atención.</p> <p>Participación, democratización del conocimiento y control social de la gestión del sistema.</p> <p>El Modelo busca mejorar la calidad de vida de las personas y de su medio ambiente, propiciando una relación entre los equipos de salud y la comunidad, especialmente las familias, favoreciendo cambios globales, intersectoriales.</p>	<p>Universalidad; cubrir o proteger a todos los ciudadanos, con sus servicios de atención a las personas y el ambiente de manera integral, incorporándolos al sistema con plenos derechos y deberes y sin limitaciones geográficas, sociales, económicas y culturales.</p> <p>Solidaridad; a través de la obligatoriedad de la atención. Implementar sistemas eficientes para el control de la evasión y subcotización, con el objetivo que todos los costarricenses contribuyan de acuerdo con su nivel de ingreso.</p> <p>Equidad, el énfasis es lograr reducir las diferencias existentes en los niveles de salud, entre las distintas regiones y grupos de la población nacional con la pretensión de minimizarlas o evitarlas. Asimismo, asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, oportuna, eficiente y de buena calidad, para iguales necesidades de los usuarios.</p>	<p>Universalidad, para que haya acceso de todos los ciudadanos a la satisfacción de sus necesidades en salud.</p> <p>Equidad, por la igualdad de oportunidades diferenciadas en función de las necesidades desiguales de los individuos y grupos.</p> <p>Integralidad, de las intervenciones sobre daños, riesgos y condiciones que afectan a la salud de los individuos y de la sociedad.</p> <p>Solidaridad, por la distribución de los costos de producción de la salud entre los grupos sociales, en función de la capacidad desigual para satisfacer las necesidades de salud.</p> <p>Participación social, por la apertura de espacios y oportunidades para todos los actores sociales implicados en la producción de la salud.</p> <p>Sostenibilidad, por la garantía de legitimidad para el desarrollo de del sistema nacional de salud.</p>

Características	Brasil	Costa Rica	República Dominicana
Actores	<p>Municipios como gestores de la atención básica. Las estrategias incluyen: Salud de la familia, Combate a carencias nutricionales, acciones básicas de vigilancia sanitaria, programa de agentes comunitarios.</p> <p>El nivel estadual será responsable del procesamiento y recolección de información de lo producido por los municipios, la cual se remitirá oportunamente al nivel federal.</p> <p>El nivel federal procesará la información en el Sistema de Información de Atención Básica. Este regulará las transferencias.</p>	<p>Las áreas de salud son la base geográfica y la sede de las direcciones locales de salud, que constituyen las unidades administrativas básicas del primer nivel de atención.</p> <p>Cada área tiene varios sectores, los cuales estarán a cargo de los EBAIS: Equipos Básico de Atención Integral de Salud. La Caja del Seguro Social es la proveedora de los servicios.</p> <p>El Ministerio de Salud tiene un papel rector y promotor.</p>	<p>El modelo pretende tener como punto de partida a la zona de salud, subdividida en sectores, en los que se encuentran los centros de salud integral, que incluyen las clínicas de salud familiar y los consultorios de salud familiar, en los que se encontrarían el equipo de apoyo y el equipo de salud familiar. Esto está aún en proceso, pero existe una clara vocación de descentralización efectiva de las acciones.</p>
Tipo de planificación	<p>Acciones dirigidas a grupos específicos de la población; en la que se incluye el ciclo de vida, pero los grupos de edad están entremezclados: 0-5 años, 0-4, 0-14 años, 5-14 años, de 10-19 años, de 15 a 50, mayores de 60 años. Acciones preventivas, como fomento de la lactancia, control de carencias nutricionales, etc. y acciones curativas vinculadas a perfil epidemiológico.</p>	<p>Acciones dirigidas a todos los grupos de edad. Acciones por ciclo de vida: Atención integral al niño, atención integral al adolescente, atención integral de la mujer, atención integral al adulto, atención integral al adulto mayor.</p>	<p>Acciones dirigidas a todos los grupos de edad, con atención al medio ambiente. Acciones por ciclo de vida: 0-9 años, 10-19 años, 20-64 años, 65 años y más.</p>
Paquete de atención general	<p>Desarrollo de acciones educativas de información y orientación para: la prevención de enfermedades y secuelas, prevención de accidentes y violencias, prevención de embarazo en adolescentes, ETS y SIDA, uso de drogas, prevención de cáncer de cuello uterino y de mama. Reducción de morbi-mortalidad por accidentes en el trabajo. Salud bucal, vigilancia sanitaria y del medio ambiente a nivel comunal.</p> <p>Acciones focalizadas en grupos de riesgo: intervención sobre el ambiente, control de animales, vectores y reservorios.</p>	<p>Educación y promoción de la salud.</p> <p>Vigilancia epidemiológica. Referencia y contrarreferencia de pacientes. Protección al medio ambiente. Promoción de la participación social. Promoción de la participación intersectorial. Docencia e Investigación.</p>	<p>Tienen un listado de 23 servicios para el primer nivel de atención, siendo el más desarrollado el de promoción de la salud catalogada como la actividad más importante a desarrollar en dicho nivel e incluye:</p> <p><i>Todo tipo de acciones educativas individuales y colectivas, el fomento de los factores protectores de la salud y la reducción de los factores de riesgo, así como la organización de grupos sociales de autoapoyo y desarrollo comunitario.</i></p>

<p>Paquete de atención general</p>	<p>Investigación de casos de dolencias de notificación obligatoria e inmediata y adopción de procedimientos que interrumpan la cadena de transmisión.</p> <p>Desarrollo de acciones de control de calidad de productos y servicios.</p> <p>Acciones de control del agua para el consumo.</p> <p>Atención de pequeñas urgencias médicas y odontológicas demandadas en la red básica.</p>		<p>Los temas priorizados son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crecimiento y desarrollo. 2. Estilos de vida saludables, salud mental y factores protectores de la salud. 3. Salud sexual y reproductiva. 4. Educación ambiental. 5. Prevención de la morbilidad y mortalidad por: EDA, IRA, asma, HTA, diabetes mellitus, TBC, ETS-SIDA, accidentes de tránsito, etc. Servicios de salud en red.
<p>Salud familiar²⁶</p>	<p>Equipos de salud familiar, están constituidos por un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y 5 a 6 agentes comunitarios de salud, son responsables de 600 a 1000 familias (3,450 personas).</p> <p>Trabajan en un determinado territorio, en el que censan a las familias y conjuntamente con los líderes comunitarios locales y con participación de los agentes comunitarios de salud, realizan un diagnóstico, identificando las personas o familias que requieren atención especial, ya sea porque existe una situación de desequilibrio instalada o porque están sujetas a situaciones de mayor riesgo de enfermar o morir.</p> <p>La fortaleza de este equipo es identificar problemas colectivos, no exclusivos del sector salud, pero fundamentales para la salud; por ello, este equipo realizará una labor intersectorial intensa. Estos equipos cuentan con incentivos con relación al desempeño. El municipio es quien decide la instalación de estos equipos.</p>	<p>El equipo básico de Atención Integral de Salud (EBAIS), se identifica como el recurso mínimo a ser asignado a poblaciones de 3500 a 4000 habitantes, está constituido por un médico general, auxiliar de enfermería, técnico de atención primaria.</p> <p>El conjunto total de EBAIS de un área, más los integrantes del equipo de apoyo, será llamado Equipo de Salud. Este recurso para lograr una atención integral en sentido vertical y horizontal, será reforzado o complementado, con los equipos de salud de carácter regional o especializado (segundo o tercer nivel de atención). El EBAIS tiene como responsabilidad el desarrollo de acciones de promoción, prevención y rehabilitación, asegurando la participación democrática de todos los actores de la comunidad en que están.</p>	<p>Equipo Básico de Salud Familiar (ESAF), constituido por un médico general, un auxiliar de enfermería, un técnico de salud familiar, uno o dos promotores voluntarios de salud; se encargará de un promedio de 500 a 700 familias (2,500 a 3,500 personas), que residan en un sector geográfico de la zona de salud.</p>

Características	Brasil	Costa Rica	República Dominicana
Paquete de atención a adolescentes expresado en los documentos nacionales.	<p>Control de crecimiento y desarrollo en la fase de 0 a 14 años.</p> <p>Higiene bucal supervisada en población de 5 a 14 años.</p> <p>Procedimientos odontológicos quirúrgicos y restauradores en población de 5 a 14 años.</p> <p>Control prenatal y puerperio: 10 a 49 años.</p> <p>Control de cáncer cérvico-uterino y de mama: 15 a 59 años.</p> <p>Reducción de embarazo no deseado en adolescentes: Planificación familiar: 10 a 19 años.</p>	<p>Consulta de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Vacunación. Atención de la enfermedad.</p> <p>Salud Oral Integral (hasta los 14 años).</p> <p>Rehabilitación básica.</p> <p>Anticoncepción.</p> <p>Captación y seguimiento de grupos de riesgo.</p>	<p>Prevención y cuidado del embarazo.</p> <p>Prevención y atención de las adicciones.</p> <p>Prevención y tratamiento de la tuberculosis.</p>
Particularidades: RRHH, Género, focalización en pobreza	<p>El país cuenta con polos de capacitación en salud familiar que articulan secretarías estatales y municipales con instituciones de enseñanza superior.</p> <p>No existe en los documentos, ni en el reporte de las entrevistas una especial preocupación por promover la equidad de género.</p> <p>La estrategia de salud familiar está orientada a zonas de mayor pobreza.</p>	<p>El Ministerio de Salud está culminando la transferencia de todos los servicios a la CCSS, así como los RRHH involucrados, esto supone que debe darse un largo proceso de adaptación. La CCSS deberá transitar de una cultura proveedora de atención de salud, a una cultura de promotora de salud Pública General.</p> <p>Los EBAIS constituyen una estrategia para llegar a zonas de mayor pobreza. Así mismo, la existencia de un programa de atención a la mujer quiere expresar el interés del sector en la problemática de género.</p>	<p>República Dominicana tiene serios problemas de Recursos Humanos calificados para la gestión de este nuevo modelo, de allí que una de sus prioridades debe ser la inversión en capacitación intensiva, certificación de los procesos formativos de acuerdo a las estrategias del sector, desarrollo de incentivos al desempeño del personal y de sanciones para los que no cumplen con las metas propuestas. La formación de enfermeras profesionales es una de las grandes debilidades, así como de salubristas.</p> <p>La focalización en zonas de pobreza y la inclusión de la perspectiva de género son un gran reto para el proceso abierto.</p>

Conclusiones

Consideramos que el proceso de reforma sectorial tiene que enfrentar los siguientes vacíos en el corto plazo:

- ❑ Lograr generar respaldo jurídico, técnico, administrativo y financiero para cumplir la función rectora que se les solicita a los Ministerios de Salud.
- ❑ Consolidar una estructura orgánica acorde con la función rectora, reguladora, promotora que se le asigna a los Ministerios de Salud. En este sentido el desarrollo de sistemas de información para la gerencia, la inclusión de técnicos de alto nivel para el diseño de paquetes básicos a supervisar en términos de calidad, rentabilidad y movilización de la sociedad y los procesos de certificación de los servicios y los programas formativos de RRHH en el área, son tareas inmediatas.
- ❑ El diseño y cumplimiento de mecanismos de regulación, la generación de políticas, la capacidad de sanción técnica en las áreas de promoción de la salud (entornos saludables, información para el autocuidado, habilitación básica, respeto a los derechos humanos, acceso equitativo a servicios, inclusión de la equidad de género en las actividades y servicios), son ejes sustantivos que los Ministerios deben estar en capacidad de cumplir.
- ❑ La alianza entre los Ministerios de Salud y los ciudadanos, constituye una prioridad. No se logrará avanzar en los procesos de participación efectiva, transparencia y responsabilidad pública sino se involucra a toda la sociedad civil.
- ❑ Los proveedores de servicios tienen que saber que la rectoría es ejercida desde los dos ámbitos: el MINSA y los ciudadanos y que la movilización para construir sociedades saludables nos concierne a todos.

Cuadro n° 3: Situación general de los adolescentes en Brasil, Costa Rica y República Dominicana

Situación general de los adolescentes	Brasil*	Costa Rica**	República Dominicana***
Porcentaje del total de la población	20.3% de la población brasileña tiene entre 10 y 19 años.	19.8% de la población total tiene entre 10 y 19 años de edad.	20.1% de la población total tiene entre 15 y 24 años.
Urbana (OPS, 1998 1) Rural	En 1998, el 80.1% del total de la población vivía en zonas urbanas. 75.4% de la población de 10-14 años y 77.8% de los de 15 a 19 años vive en zonas urbanas.	En 1998, el 50.9% del total de la población vivía en zonas urbanas. No contamos con información específica para adolescentes y jóvenes.	En 1998, el 63.9% del total de la población vivía en zonas urbanas. 57% de la población joven es urbana, 43% es rural.
Asistencia escolar (PNUD, 1999)	La tasa neta de matriculación en primaria para 1997, fue de 97,1% y para secundaria de 65,9%. El 29% de niños no llegan al quinto grado.	La tasa neta de matriculación en primaria para 1997, fue de 91,81% y para secundaria de 55,8%. El 12% de niños no llegan al quinto grado.	La tasa neta de matriculación en primaria para 1997, fue de 91,3% y para secundaria de 78,5%.
Enfermedades y causas de muerte frecuentes mencionadas en los planes de acción gubernamental	Accidentes y violencia doméstica y callejera. Relacionadas con la salud reproductiva. ETS y SIDA. Relacionados con Adicciones.	Relacionados con la salud sexual y reproductiva. Problemas de crecimiento y desarrollo. Salud oral.	Accidentes y violencia: 20.6% Relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva: 23%. SIDA, llevó a la muerte a 4.4% de adolescentes, TBC 6% de muertes.
Embarazo en la adolescencia	20 al 25% del total de mujeres gestantes son adolescentes.	El 19% de los nacimientos en el país son de mujeres menores de 20 años de edad (Krauskopf y Meoño, 1998).	17.6% de adolescentes se embarazó en 1991, y en 1996 se embarazó el 24.3%.
Edad de inicio sexual	La edad promedio de inicio sexual para mujeres fue de 16.9 años y para hombres de 15 años.	La edad promedio de inicio sexual, según un estudio en colegios y hogares, señala 13,5 años de edad en hombres y 14,31 en mujeres (Molina y cols., 1999).	23% de varones y 12% de mujeres se iniciaron sexualmente antes de cumplir 15 años.
Conocimiento y uso de anticonceptivos	El 70% de las mujeres de 15 a 19 años empezaron a usar anticonceptivos antes de su primer hijo.	35.5% de los iniciados no usó anticonceptivos. El 45% de los adolescentes no había usado condón en su última relación sexual.	El 10,1% de adolescentes mujeres usaron alguna vez anticonceptivos; en los varones el uso fue de 14.6%
Consumo drogas y tabaco	El consumo de tabaco va en aumento, especialmente en zonas rurales. Es importante notar que para Brasil, cerca del 27% de casos de HIV reportados al MINSA están relacionados con uso de drogas inyectables.	En un estudio en centros educativos y domicilios (ibid) se reporta que el 42% de los adolescentes beben alcohol dentro de sus grupos y el 10.95% consumía drogas.	Consumo de alcohol y tabaco tiene la prevalencia más elevada de todas las sustancias psicoactivas y existe mayor probabilidad de uso entre hombres que mujeres.
Participación social y recreación	Las investigaciones reportan que el electorado juvenil (menores de 24 años) representa el 21% del electorado total y constituyen el grupo más informado de las propuestas de política, pero su nivel de interés en la política es medio, sólo comparable con el grupo de edad de 49 años a más.	El 64% de la juventud dice no conocer instituciones que en sus comunidades tengan programas dirigidos a ellos (IDESPO, 1998).	Una tercera parte de l@s estudiantes pertenecen a algún grupo juvenil organizado, el 94% reportó afiliación religiosa. El 27% de jóvenes manifiesta interés en la política, el 53.5% participa en alguna actividad política, el 65,9% participa en alguna organización.

*Ministerio da Saúde, Brasil, 1999 1

**Ministerio de Salud, Costa Rica, 1998

***OPS/FNUAP, República Dominicana, 1998

[La salud de l@s adolescentes en los tres países y situación de sus programas de salud]

Brasil

De acuerdo a la información recolectada durante nuestra visita a los diferentes niveles de atención en Brasilia- nivel federal (sede central del MINSA, ubicada en Brasilia), Río de Janeiro- nivel estadual y Prefeitura de Río de Janeiro - nivel municipal, podemos exponer las siguientes apreciaciones con relación a los programas de salud de l@s adolescentes:

Tipo de planificación del programa

- ❑ En todos los niveles de gobierno existe un programa de salud del adolescente, lo que aunada a la información presentada sobre el proceso de reforma, estaría indicando que se aplica la planificación por ciclo de vida. Simultáneamente hay acciones dirigidas al conjunto de la población, que incluyen a los adolescentes, éstas están diseñadas en función del perfil epidemiológico general.

Situación institucional de la salud de l@s adolescentes

- ❑ El programa de salud del adolescente en el nivel federal se ha fortalecido; cuenta con recursos humanos de diferentes disciplinas y altamente calificados, apoyo político y presupuestario. Están haciendo una labor de abogacía para focalizar la atención en el tema de embarazo en adolescentes, en este sentido están preparando un proceso de discusión sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes frente al código civil.
- ❑ Asimismo, un tema que viene siendo trabajado para el desarrollo de políticas, es el de violencia; esto lo hemos encontrado también a nivel estadual y de la Prefeitura. Sin embargo, en el nivel operativo (servicios del municipio y o del nivel estadual) no encontramos una aceptación del tema como importante.
- ❑ A nivel estadual el programa ha perdido poder en Río de Janeiro. Cuenta con muy escaso personal (dos personas) las cuales no tienen ni infraestructura, ni presupuesto asignado para cumplir el papel rector y de información oportuna.
- ❑ En el nivel de la Prefeitura de Río de Janeiro, el programa está más consolidado, aún cuando adolece de personal para cubrir todas las necesidades del programa, se ha avanzado a legitimar un papel promotor de políticas y programas para el nivel operativo. Tienen reconocimiento de las autoridades con relación a su capacidad de movilización y elaboración de propuestas de políticas.
- ❑ A nivel operativo observamos que el personal no cuenta con incentivos específicos para el desarrollo de servicios para adolescentes. Los servicios que existen, son por interés profesional, compromiso con el área y por iniciativa personal y/o grupal. Se está haciendo un esfuerzo por institucionalizar el programa a nivel de los incentivos al desempeño y la producción que han normado en la prefeitura de Río, a través de la inclusión de acciones educativas y de organización de los jóvenes en los paquetes básicos de atención, esto lleva un año de ser propuesto y gestionado.
- ❑ Brasil es el país con el desarrollo científico-técnico más antiguo en salud de los adolescentes de la Región; su trabajo a nivel hospitalario y académico data de la década de los 70.

Diseño de los programas de salud de l@s adolescentes

Intersectorialidad

- ❑ Con relación al proceso de reforma del sector, el programa está trabajando en asociación con NESA (Núcleo de Estudios en Salud de los Adolescentes) y con Sociedades Científicas, el desarrollo de módulos educativos para entrenar equipos de salud familiar; asimismo, este material será utilizado incluso por la Secretaría de Estado de Asistencia Social -Gerencia de Juventud, para la implementación de los centros de juventud que están planeando.
- ❑ El programa está realizando un trabajo intersectorial con la oficina de la Primera Dama, los Ministerios de Prevención y Asistencia Social, Educación, Justicia, Trabajo, Cultura y el Parlamento.

- Los centros de juventud que creará el Ministerio de Prevención y Asistencia Social estarán en condiciones de constituirse en el espacio de encuentro de los jóvenes en el nivel comunitario, para fortalecer sus capacidades de liderazgo y de trabajo con su comunidad.
- En Brasil no existe un proceso intersectorial de elaboración de una política nacional de juventud.

Interdisciplinariedad

- La labor de abogacía que realiza el programa involucra a las sociedades de gineco-obstetricia (15,000 ginecólogos), enfermería (70,000 enfermeras y 300,000 auxiliares de enfermería), pediatría (16,000 pediatras) y asistentas sociales (15,000).
- La propia estructura de los equipos gerenciales del programa en los diferentes niveles de gobierno evidencia un trabajo interdisciplinario. Incluso a nivel operativo, se observó que el liderazgo del centro de salud lo tenía una enfermera, quien supervisaba y coordinaba el trabajo de todo el equipo interdisciplinario, esto constituye una novedad para la mayoría de países de la Región, acostumbrados a tener siempre gerentes médicos.

Adecuación al usuario

- La atención a adolescentes se da dentro de los servicios, incluso las acciones de promoción de salud, como consejería e información, esto les permite contar con una serie de desarrollos técnicos y académicos que cuentan con seguimiento adecuado, como los grupos de apoyo mutuo para adolescentes con problemas, los cuales constituyen un incentivo para los profesionales interesados en desarrollar metodologías de abordaje y tratamiento, especialmente médicos, psicólogos y trabajadores sociales. Existe escaso trabajo comunitario y de formación de líderes juveniles.
- Los profesionales involucrados en la atención no reciben incentivos para su provisión, mantienen su trabajo por un interés personal y refieren no estar capacitados para el trabajo comunitario con adolescentes.
- El programa tiene como reto desarrollar una política de prevención de accidentes y violencia. Para ello está impulsando la vigilancia epidemiológica de muertes violentas para determinar algunos riesgos asociados.
- Los jóvenes entrevistados expresan que lo que les brindan en los servicios de salud es de alta calidad, la información y educación es adecuada, la atención directa es respetuosa y agradable, menciona que hace falta un trabajo más comunitario con otros jóvenes que viven situaciones de riesgo. Así mismo, expresan su preocupación por un trabajo más intenso con los colegios y las iglesias. Sin embargo, reportan que son muy pocos los jóvenes que van al servicio y que los que viven en situaciones de especial vulnerabilidad son los que menos asisten.
- No existe un instrumento nacional que evalúe el nivel de adecuación de los servicios al usuario.

Perspectiva de género

- La primera causa de muerte y enfermedad en adolescentes varones son los accidentes y violencia, sin embargo, no existe ninguna propuesta intersectorial al respecto que detecte, atienda y proteja al adolescente violentado y violento.
- Las tasas de mortalidad general comparada por sexo, a nivel nacional, indican que existe mayor incidencia de muerte de varones a lo largo del ciclo de vida que de mujeres; sin embargo, no existe ningún programa que ponga atención especial en la salud de los varones, en ninguna etapa del ciclo de vida.
- En los diferentes niveles de gobierno no se expresa interés específico por trabajar las relaciones de equidad de género en las acciones de promoción. Existe un acento bio-médico reproductivo.

Discriminación positiva: pobreza, nivel de vulnerabilidad

- No existe una estrategia específica a nivel operativo que discrimine en función de pobreza y vulnerabilidad el proceso de captación de usuarios y las acciones de información. La labor se hace con los adolescentes más interesados en participar o en demandar atención.
- No existen incentivos específicos para el desarrollo de acciones con discriminación positiva.

Participación de los usuarios

- ❑ El programa propicia una participación intensiva de los adolescentes dentro de los servicios, para dirigir sus propias organizaciones generadas por el sector. No existe un trabajo comunitario, ni de construcción de entornos saludables fuera de los servicios, impulsada por el programa.

Costa Rica

De acuerdo a la información recolectada durante nuestra visita a los diferentes niveles de atención en San José de Costa Rica y Pérez Zeledón, (nivel regional y II nivel de atención -zona rural), podemos exponer las siguientes apreciaciones con relación a los programas de salud de l@s adolescentes:

Tipo de planificación del programa

- ❑ Antes del proceso de reforma, la CCSS de Costa Rica generó un modelo de atención integral para adolescentes que constituyó un desarrollo de punta en la Región, pues incluyó acciones diferenciadas para adolescentes por niveles de atención en las áreas de asistencia, rehabilitación, prevención y promoción de la salud. En la reforma, el modelo de atención ha variado, reforzando la planificación por ciclo de vida, en la que el PAIA (Programa de Atención Integral a Adolescentes) constituye un programa clave, presente en los compromisos de gestión que se establecen entre la CCSS y los proveedores. En este contexto el PAIA está realizando un esfuerzo por adecuar su experiencia al proceso de modernización, para ello ha gestionado y está implementando un proyecto piloto con el apoyo del FNUAP que les permitirá probar mecanismos de construcción de sub-redes de salud, con una clara perspectiva de trabajo en diferentes entornos: familia, escuela, comunidad, trabajo.

Situación Institucional de la salud de l@s adolescentes

- ❑ La transferencia de toda la provisión de atención a la CCSS y la adopción de un papel rector de parte del MINSA, ha supuesto la eliminación del programa de salud de los adolescentes que existía en el MINSA, el cual ahora no cuenta con la instancia especializada, ni con el personal técnico necesario para cumplir el papel rector en el área de salud del adolescente (no tiene una propuesta clara de lo que se espera como prioridades de atención a adolescentes, en este sentido no puede guiar la atención, ni alimentarla con información relevante para la gerencia). La atención a los jóvenes, pretende ser un eje transversal que está presente en los procesos de regulación y supervisión de los servicios, esto ha pulverizado el programa y le disminuye visibilidad al interior del sector. El liderazgo en el área lo esta asumiendo la comisión de la madre adolescente, que depende de la Primera Dama y es dirigida por el MINSA, con participación de diversos sectores; sin embargo esta comisión sólo atiende parte de la problemática de la maternidad adolescente y no puede cubrir el vacío institucional que en términos de información y rectoría se ha generado en el área.
- ❑ Desde el equipo de salud del adolescente de la Caja del Seguro Social, se experimenta un "duelo", por la pérdida de espacios de poder expresado en la transferencia de recursos humanos especializados a otras áreas, en la escasa relación técnica con los responsables del proceso de modernización y la ausencia de un marco normativo que les permita cumplir un papel rector con los diferentes niveles de atención. Esta experiencia no implica una parálisis del programa; por el contrario, el equipo viene trabajando en la readecuación de su modelo, el fortalecimiento de su red de líderes juveniles y la generación de espacios de diálogo al interior de la CCSS con los gerentes de modernización.
- ❑ La unidad planificadora de los servicios a nivel de la Caja, tiene escasa relación de consulta técnica con el programa de salud del adolescente de la propia Caja; notándose una cierta autonomía en la planificación de la atención y un nivel de aislamiento del PAIA del proceso general de reforma.
- ❑ El proceso de modernización no ha aplanado la estructura organizacional de la Caja, por el contrario la ha complejizado, generando menor flexibilidad y coordinación interna.
- ❑ A nivel hospitalario (Saenz Herrera, 1999) encontramos el programa en funcionamiento, con planes de expansión y desarrollo, en los que usan metodología moderna de gestión e incorporan una perspectiva promocional bastante sólida en términos de participación de los jóvenes, intersectorialidad, interdisciplinariedad, etc. Sin embargo, sus equipos de trabajo expresan la necesidad de un fortalecimiento del nivel central del PAIA, en términos de rectoría, acompañamiento, capacitación y presupuesto.

Diseño de los programas de salud de los adolescentes

Intersectorialidad

- Existe un intenso trabajo en la generación de políticas públicas para adolescentes, tanto a nivel del sector, preocupándose por hacer realidad el cumplimiento del Código de la Niñez y Adolescencia, como participando a nivel intersectorial en la convocatoria del Movimiento Nacional de Juventudes en pro de la construcción de una ley nacional de juventud.

Interdisciplinariedad

- Desde el PAIA hasta el nivel operativo del programa encontramos una clara voluntad de trabajo interdisciplinario para tener una perspectiva integral al interactuar con adolescentes.

Adecuación al usuario

- La atención a adolescentes se da dentro de los servicios; sin embargo, se tienen acciones programadas en los diferentes espacios en que se desarrollan los adolescentes, privilegiando la escuela.
- No existe un instrumento nacional que evalúe el nivel de adecuación de los servicios al usuario.
- Las entrevistas a jóvenes en los servicios reportan buenos niveles de satisfacción y altas expectativas frente a la calidad de atención. Sería interesante hacer un estudio al respecto.

Perspectiva de género

- El conjunto de las acciones de la CCSS está teñido por el interés en trabajar la equidad de género a través del liderazgo, la atención directa y la capacitación. Existe un especial acento por trabajar la salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención del embarazo no deseado en adolescentes.

Discriminación positiva: pobreza, nivel de vulnerabilidad

- No existe una estrategia específica a nivel operativo que discrimine en función de pobreza y vulnerabilidad el proceso de captación de usuarios y las acciones de información. La labor se hace con los adolescentes más interesados en participar o en demandar atención.
- No existen incentivos específicos para el desarrollo de acciones con discriminación positiva.

Participación de los usuarios

- Hay un intensivo trabajo de formación de líderes juveniles con vocación de autonomía y aporte a la sociedad en su conjunto, no sólo a la salud. Cabe resaltar que un valor importante de esta experiencia es la voluntad no corporativista de la CCSS, que supera la tradicional idea "mis jóvenes, los jóvenes del Estado", la CCSS está aportando líderes para el país, que incluso tienen una vocación de trabajo subregional.

República Dominicana

De acuerdo a la información recolectada durante nuestra visita a los diferentes niveles de atención en Santo Domingo y Santiago, podemos exponer las siguientes apreciaciones con relación a los programas de salud de l@s adolescentes:

Tipo de planificación del programa

- El programa de salud de los adolescentes tiene un desarrollo central incipiente, marcado por una perspectiva de prevención y atención al daño. En ese sentido cuenta con algunas experiencias de desarrollo de servicios diferenciados por grupos de edad, pero no existe un claro desarrollo de la planificación por ciclo de vida en el sector.

Situación institucional de la salud de l@s adolescentes

- El programa existe a nivel central en el MINSA pero no cuenta con un equipo interdisciplinario especializado, presupuesto ni infraestructura básica para cumplir con un papel rector y promotor, lo que evidencia una gran debilidad institucional que no ha variado en nada con el proceso de reforma.
- Desde la Gerencia de reforma del sector se expresa un claro interés por trabajar conjuntamente en el desarrollo del programa, especialmente para el desarrollo de un programa de promotores juveniles de la salud y acciones comunitarias de alto impacto.
- A nivel operativo encontramos algunas experiencias de desarrollo de servicios diferenciados con apoyo de la cooperación internacional y basados en el compromiso individual de profesionales comprometidos en el área.

Diseño de programas de salud de l@s adolescentes

Intersectorialidad

- El programa tiene una clara y generosa voluntad de trabajo intersectorial, sus miembros constituyen parte de la red nacional que está impulsando el desarrollo y aprobación de la Ley General de Juventud, liderada por la Dirección General de Promoción de la Juventud.
- Las experiencias de desarrollo de servicios expresan un trabajo mancomunado con el sector educación.

Interdisciplinarietà

- Es escasa, el protagonismo es básicamente médico, lo cual se explica por la constitución profesional del sector.

Adecuación al usuario

- Los adolescentes entrevistados en servicios expresan su satisfacción por la atención y la provisión de información y educación.
- No existe un instrumento nacional que evalúe el nivel de adecuación de los servicios al usuario.

Perspectiva de género

- Se incentiva la participación de las mujeres adolescentes, especialmente en las acciones y servicios de salud sexual y reproductiva, sin embargo, hay un escaso desarrollo de trabajo en la superación de estereotipos sexuales por sexo.

Discriminación positiva: pobreza, nivel de vulnerabilidad

- La mayor parte de servicios se ubican en población pobre, pero no existen instrumentos, ni información específica sobre el logro de la discriminación positiva.
- No existe una estrategia específica a nivel operativo que discrimine en función de pobreza y vulnerabilidad el proceso de captación de usuarios y las acciones de información. La labor se hace con los adolescentes más interesados en participar o en demandar atención.
- No existen incentivos específicos para el desarrollo de acciones con discriminación positiva.

Participación de los usuarios

- Es básicamente como población pasiva que recibe servicios. Hay iniciativas para formar promotores de salud, pero no una política general al respecto.

Capítulo III

Conclusiones y recomendaciones

[Conclusiones generales del estudio de casos]

Sobre la reforma sectorial y la promoción de la salud

1. La promoción de la salud es un bien y servicio público y debe ser subsidiado por el Estado, sin dejar de atraer hacia ella, recursos privados y de la sociedad civil.
2. Una de las grandes debilidades de los procesos de reforma y de la propia promoción de la salud es la escasa reflexión sobre la propuesta de marco de desarrollo institucional y gerencial a promover para el logro de los objetivos que se proponen. La asesoría técnica en este ámbito es bastante débil y heterogénea. A diferencia del discurso sobre el financiamiento y la búsqueda de eficiencia, es poco lo que se ha logrado proponer en relación al diseño organizacional e indicadores de éxito.
3. Los MINSA están en proceso de generar respaldo jurídico, técnico, administrativo y financiero para cumplir la función rectora que se les solicita en el nuevo modelo. Asimismo, cuentan con una estructura orgánica poco acorde con la función rectora, reguladora, promotora que se les asigna. En este sentido el desarrollo de sistemas de información para la gerencia, la inclusión de técnicos de alto nivel para el diseño de paquetes básicos a supervisar en términos de calidad, rentabilidad y movilización de la sociedad y de los procesos de acreditación de los servicios y los programas formativos de RRHH en el área, son tareas urgentes.
4. El diseño y cumplimiento de mecanismos de regulación, la generación de políticas y la capacidad de sanción técnica en las áreas de promoción de la salud (entornos saludables, información para el autocuidado, **competencias básicas para el autocuidado de la salud y la integración social**, respeto a los derechos humanos, acceso equitativo a servicios, inclusión de la equidad de género en las actividades y servicios) son ejes sustantivos que los Ministerios aún no están en capacidad de cumplir.
5. Los Modelos Organizacionales de los MINSA no favorecen la institucionalización de la promoción de la Salud. Más allá del responsable político, no hay una definición clara sobre quién o quiénes son los responsables gerenciales del área en el sector, ni sobre el carácter de las líneas de acción o programas que la sostienen. Dado que la promoción de la salud es un bien público, no transferible a otros sectores estatales en términos de rectoría, es clave que los MINSA incluyan en su estructura funcional la definición de un área responsable, dentro de la cual se inserten los programas que han sido priorizados en todos los Modelos evaluados: Niñez, Adolescencia y Juventud, Adulto y Adulto Mayor.
6. La alianza entre los MINSA y los ciudadanos, constituye una prioridad. No se logrará avanzar en los procesos de participación efectiva, transparencia y *accountability* pública sino se involucra a la sociedad civil toda. Los proveedores de servicios tienen que saber que la rectoría es ejercida desde los dos ámbitos: el MINSA y los ciudadanos y que la movilización para construir sociedades saludables nos concierne a todos.
7. Las acciones y servicios de promoción de la salud cuentan con escasa infraestructura, RRHH y asignación presupuestaria específica, que disminuyen sus posibilidades de mostrar la rentabilidad de sus acciones y cumplir con las metas que se proponen.

Con relación a la promoción de la salud de I@s adolescentes

8. Los programas de salud de I@s adolescentes están en proceso de consolidación, pero con distintos niveles de desarrollo. En los tres países estudiados, encontramos que los programas necesitan fortalecerse a nivel central, con relación a su institucionalización como el área técnica especializada, que funcione como el órgano consultivo para el diseño de paquetes básicos, el cumplimiento de papel rector y dinamizador (incluyendo la acreditación de servicios

y programas de formación, así como el diseño de incentivos a la productividad y la evaluación de desempeño del personal y de los servicios). Para ello, los programas necesitan dotarse de RRHH, presupuesto e infraestructura.

9. La mayor parte de países de la Región está iniciando una reflexión sobre la institucionalización de políticas de juventud en los gobiernos, incluyendo tipos de institucionalización, mecanismos de abogacía y construcción de consensos, con participación de la OPS y de otros organismos de cooperación internacional (especialmente el FNUAP en los casos de Costa Rica y República Dominicana), así como de los jóvenes organizados. Esto ha logrado legitimar la discusión del tema en el marco de las reformas estatales.
10. Existe poca definición de paquetes básicos específicos en el área de adolescentes, que expliciten prioridades en información, educación, atención básica y construcción de entornos saludables, basadas en información adecuada que incluya los factores externos que condicionan la salud.
11. La asignación presupuestaria a los programas de salud de l@s adolescentes incluye escasos recursos para la investigación, acciones masivas de información a nivel multimedia y de habilitación de población vulnerable.
12. No existe una estrategia específica a nivel operativo que discrimine en función de pobreza y vulnerabilidad el proceso de captación de usuarios y las acciones de información. La labor del programa se realiza en función de la demanda o con los adolescentes interesados en participar a nivel organizativo. No existen incentivos específicos para el desarrollo de acciones con discriminación positiva.
13. Existe escasa sistematización de las experiencias de participación juvenil en la promoción de la salud, así como de los mecanismos para planificar, implementar, evaluar y asignar presupuesto a estas acciones, que constituyen uno de los pilares de la promoción de la Salud. Asimismo, no hay un esfuerzo sistemático por generar reflexión y discusión alrededor de los procesos de reforma del Estado y sectorial en particular con los jóvenes, lo que permitiría mayor conciencia ciudadana en la distribución de recursos escasos, la necesidad de responsabilidad pública y los mecanismos de movilización comunitaria.
14. Los temas que han logrado mayor desarrollo en los países estudiados son la salud sexual y reproductiva, la prevención de accidentes y violencias y la participación juvenil.

[Análisis FODA de la promoción de salud de adolescentes y programas en los tres países]

Proponemos la siguiente *visión* de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes en el marco de los procesos de reforma sectorial de la Región²⁷:

Tener una instancia especializada en promoción de la salud y un programa de salud de l@s adolescentes en los MINSA y en los organismos proveedores de la Salud, con asignación presupuestaria, personal especializado, infraestructura, mecanismos de planificación e implementación y evaluación participativa de las políticas, acciones y programas que se implementen; brindando los incentivos y correctivos necesarios para optimizar la gestión.

Proponemos la siguiente *misión* para la promoción de la salud y los programas de salud de l@s adolescentes en el marco de los procesos de reforma sectorial de la Región²⁸:

En el marco de los procesos de reforma o Modernización del sector, institucionalizar la promoción de la salud y los programas de salud de l@s adolescentes desde el más alto nivel de dirección de los MINSA, hasta los organismos descentralizados que proveen los servicios, generando políticas intersectoriales, ambientes saludables, participación y movilización comunitaria, información relevante para el autocuidado, paquetes básicos de atención por grupos de edad, sistemas de información y evaluación adecuados, acumulación de conocimientos y medición de impacto, capacitación de RRHH e incentivos al desempeño.

Clientes/Productos

Líneas de acción	Participantes	Productos
Institucionalización de la promoción de la salud y del programa de salud de los adolescentes desde el nivel central de los MINSA hasta el proveedor directo de servicios.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoridades del MINSA, gerentes de procesos de reforma. 2. Cooperación técnica y financiera internacional 3. Congresistas, legisladores, diseñadores de políticas sociales y estructura del Estado. 4. Académicos e instituciones académicas de la Región. 5. Sociedades científicas de salud. 6. Organizaciones sociales relevantes. 7. Medios de comunicación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudios de caso difundidos sobre el impacto de las acciones de promoción de la salud y de salud de l@s adolescentes en el estado de salud de la población y en el desarrollo. 2. Acciones de abogacía con argumentos económicos, legislativos y sociales a desarrollar con los diferentes clientes en diversos espacios de encuentro. 3. Agenda básica para el desarrollo de una dirección general de promoción de la salud en los MINSA, con sedes en todos los niveles de atención, asignación presupuestaria y mecanismos modernos de gestión. 4. Agenda básica para el desarrollo de un programa de salud de l@s adolescentes en los MINSA, con sedes en todos los niveles de atención, asignación presupuestaria y mecanismos modernos de gestión.
Participación social de los diversos actores de nivel nacional, regional y local en la planificación, gestión y evaluación de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizaciones reconocidas de nivel nacional, regional y local involucradas en programas sociales. 2. Líderes de opinión reconocidos. 3. Medios de comunicación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mecanismos legales de participación activa de actores sociales en los procesos de planificación, gestión y evaluación de la promoción de la salud y los programas de salud de l@s adolescentes. 2. Incentivos diversos a la participación comunitaria, directamente a las autoridades de los diferentes niveles del MINSA, a los proveedores y a los mismos ciudadanos. 3. Abogacía con los medios de comunicación para la promoción y difusión de la participación comunitaria. 4. Mecanismo de evaluación del impacto de la participación en el mejoramiento de la calidad de los programas y servicios.

Líneas de acción	Participantes	Productos
Desarrollo Técnico de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoridades del MINSA, gerentes de procesos de reforma. 2. Cooperación técnica y financiera internacional. 3. Congresistas, legisladores, diseñadores de políticas sociales y estructura del Estado. 4. Académicos e instituciones académicas de la Región. 5. Sociedades científicas de salud. 6. Organizaciones sociales relevantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Propuesta de paquete básico de promoción de la salud para diferentes grupos de edad, en especial para adolescentes; que incluya en la medida de lo posible medición del impacto y rentabilidad social. A ser incluidos en los compromisos de gestión o en la provisión misma. 2. Modelos de gestión de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes, así como de la provisión de los mismos. 3. Agenda de políticas públicas altamente sensibles para la promoción de la salud, especialmente la promoción de la salud de l@s adolescentes. 4. Incentivos a la investigación en el área y difusión de resultados en forma interdisciplinaria. 5. Incluir en los procesos de certificación profesional y de formación en el área, la promoción de la salud y en particular, la salud de l@s adolescentes.
Diseño y gestión de políticas intersectoriales que impacten en salud y en salud de los adolescentes particularmente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoridades del MINSA, gerentes de procesos de reforma del Estado, autoridades de otros sectores aliados. 2. Cooperación técnica y financiera internacional. 3. Congresistas, legisladores, diseñadores de políticas sociales y estructura del Estado. 4. Sociedades científicas de salud. 5. Organizaciones sociales relevantes. 6. Sector privado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación en diseño, implementación y monitoreo de políticas intersectoriales a diferentes agentes involucrados. 2. Apoyar el desarrollo institucional de instancias de trabajo intersectorial al interior del Estado, como direcciones nacionales de juventud, una comisión de seguimiento a la convención por los derechos del niño y del adolescente, etc. <p>Desarrollo y abogacía para la aprobación de legislación relevante en promoción de la salud y salud de l@s adolescentes.</p>

Líneas de acción	Participantes	Productos
Monitoreo y evaluación de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoridades del MINSA, gerentes de procesos de reforma. 2. Cooperación técnica y financiera internacional. 3. Congresistas, legisladores, diseñadores de políticas sociales y estructura del Estado. 4. Académicos e instituciones académicas de la Región. 5. Sociedades científicas de salud. 6. Organizaciones sociales relevantes. 7. Sector privado. 8. Ciudadanía en general. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generar sistema de información para la gestión de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes, a ser incluido en el sistema de información nacional de cada país, para la toma de decisiones y asignación presupuestaria. 2. Informar en forma sencilla y permanente a la población sobre los avances, dificultades y correctivos realizados en la gestión. 3. Diseñar e implementar mecanismos de educación permanente y evaluación al desempeño de los recursos humanos involucrados. Así como instrumentos de acreditación de servicios y de programas de formación de RRHH. 4. Realizar anualmente una medición de la valoración que tienen los ciudadanos sobre la gestión que se implementa y las sugerencias que tienen, y poner los resultados a disposición del público.
Abogacía por la promoción de la salud y por programas de salud de l@s adolescentes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoridades del MINSA, gerentes de procesos de reforma. 2. Cooperación técnica y financiera internacional. 3. Congresistas, legisladores, diseñadores de políticas sociales y estructura del Estado. 4. Académicos e instituciones académicas de la Región. 5. Sociedades científicas de salud. 6. Organizaciones sociales relevantes. 7. Sector privado 8. Ciudadanía en general. 9. Medios de comunicación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construcción de redes o coaliciones que favorezcan la institucionalización de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes, con asignación presupuestaria, RRHH y flexibilidad. 2. Capacitación en promoción de la salud y programas de salud para los adolescentes, con relación a su impacto en el desarrollo, la lucha contra la pobreza y la gobernabilidad de nuestra Región. 3. Campaña comunicacional sobre el impacto de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes en la calidad de vida de la población.

Análisis del ambiente externo

A continuación presentamos los factores exógenos (fuera de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes) que condicionan su desempeño en el área, tanto en los aspectos positivos (OPORTUNIDADES) como negativos (AMENAZAS).

Oportunidades	Amenazas
1. Los procesos de reforma en sus objetivos declarados han priorizado las acciones de promoción de la salud y la atención a grupos emergentes, utilizando en los tres casos estudiados la planificación por ciclo de vida.	1. La mayor parte de autoridades y expertos en reforma en los países no cuentan con una propuesta de institucionalización de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes, y en el peor de los casos confunden acciones de prevención básica de enfermedades, con las promocionales.
2. Los cambios en los grandes condicionantes externos de la salud como la globalización, inequidad, transición demográfica, perfiles epidemiológicos, han redimensionado y reorientado la demanda por servicios.	2. Los actores de la reforma han puesto mayor énfasis en la discusión sobre financiamiento y cobertura general, dejando relegada la elaboración, evaluación e inclusión de estrategias de promoción de la salud y de programas para adolescentes, como población clave para la oferta en salud.
3. El discurso de eficiencia del gasto para el desarrollo socio económico prioriza la inversión en capital humano y capital social, justamente aquello donde la promoción de la salud tiene mayor impacto.	3. Escasos estudios evalúan la promoción de la salud y los programas de salud de los adolescentes con relación a su impacto y la rentabilidad social, esto amenaza la inversión social en el tema.
4. La inversión en los procesos de reforma está movilizando muchos recursos de préstamos y donaciones en la Región.	4. La cooperación internacional ha desarrollado escaso conocimiento y propuesta en el área de planificación, gerencia y evaluación de la promoción de la salud, especialmente en el trabajo intersectorial, la medición de rentabilidad social y la labor de abogacía.
5. La coordinación intersectorial y la flexibilización y modernización del aparato público permiten un entorno favorable a las estrategias de la promoción de la salud.	5. La falta de claridad y valoración institucional con respecto a la promoción de la salud hace que no existan interlocutores claros con propuestas específicas en el área.
6. Las instituciones académicas de salud están desarrollando conocimientos en torno a gerencia moderna en salud lo que permitiría colocar el área de promoción de la salud y el programa de salud de l@s adolescentes en el plan de estudios de pre y postgrado.	6. El escaso diálogo entre economistas y profesiones de la salud y ciencias sociales, limita las posibilidades de desarrollo de programas integrales, rentables, y gerencialmente viables, lo que impacta en la producción de conocimientos y en la formación de RRHH.
7. La sociedad civil y el sector privado están logrando mayor participación en la definición del papel del Estado y su modernización.	7. La inclusión de evaluaciones de desempeño e incentivos económicos en los programas sociales puede antagonizar con perspectivas populistas tradicionales muy presentes en la sociedad civil.
8. Existe un activo movimiento por institucionalizar instancias de promoción de políticas intersectoriales al interior del Estado, en el que están involucrados agentes de la cooperación internacional, la sociedad civil y el Estado.	8. La cooperación internacional muchas veces refuerza la pulverización de intervenciones en función de sus agendas propias, por ejemplo fortalece programas de salud reproductiva en el programa de planificación familiar y no fortalece la capacidad de los programas de salud de los adolescentes en esta área para la integración de acciones.

Análisis del ambiente interno

Nos referiremos a los factores claves que han condicionado el desempeño de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes hasta la fecha, para ello especificaremos las fortalezas y debilidades que percibimos en los MINSA en relación con la misión.

Fortalezas	Debilidades
1. Las conferencias internacionales de promoción de la salud y la estrategia de atención primaria de la salud han legitimado la promoción de la salud y los programas definidos por grupos de edad en los MINSA.	1. Existe una gran confusión conceptual en torno a promoción de la salud y acciones preventivas, prevaleciendo conceptos tradicionales de la promoción de la salud en la mayoría de gerentes y expertos de la cooperación internacional.
2. Las redes de promotores de salud y de líderes juveniles de salud que existen en la Región han permitido aprender el sentido de la participación y los mecanismos de movilización comunitaria.	2. Los agentes de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes no han establecido una agenda de acción al interior de los MINSA en los procesos de reforma, la mayor parte de ellos se han mantenido al margen del proceso.
3. El sector salud en la Región es uno de los más activos participantes en los procesos de institucionalización de políticas saludables y políticas para las juventudes; cuenta con un contingente de RRHH motivados y comprometidos en el área.	3. Los equipos técnicos de promoción de la salud y de salud de l@s adolescentes son mínimos, cuentan con escasos incentivos internos y externos para su labor y poca valoración de los pares especializados en áreas de medicina tradicional.
4. Se han desarrollado programas y evaluaciones de intervenciones promocionales en las áreas de salud sexual y reproductiva, nutrición y recientemente violencia.	4. No se ha sistematizado ni difundido los resultados de las experiencias pilotos y programas de promoción de la salud y salud de l@s adolescentes desarrollados en la Región.
5. Los programas de capacitación para el empleo vienen incluyendo en sus esquemas la captación de adolescentes embarazadas y de padres adolescentes, para apoyar procesos de reinserción educativa e inserción en el aparato productivo, enlazando su trabajo con el sector.	5. No existe un espacio científico e interdisciplinario reconocido por las sociedades científicas, para los agentes de la promoción de la salud y de los programas de salud de los adolescentes que legitime su presencia profesional en el área.
6. El sector salud ha venido realizando una activa labor intersectorial con educación para la difusión de contenidos de salud básica, educación sexual, consejería, violencia doméstica y establecimiento de redes de referencia.	6. Existe un escaso conocimiento sobre los mecanismos de diseño de políticas de promoción, entornos saludables, información, etc., así como de técnicas de evaluación de proceso e impacto, lo que supone una acción siempre artesanal y poco acumulativa en términos técnicos.
7. Se ha logrado incluir en las acciones e intereses del sector salud la necesidad de legislación promotora y protectora de las poblaciones vulnerables.	7. Hay poco desarrollo de habilidades para el trabajo intersectorial, la negociación, la generación de leyes, el establecimiento de redes y coaliciones donde el poder es compartido y salud pasa a ser parte de un trabajo colectivo. Esto neutraliza y en algunos casos conspira contra la viabilidad del trabajo.
8. Ha crecido la oferta de formación en salud pública que incluye contenidos de promoción de la salud, políticas saludables, planificación por ciclo de vida.	8. La planificación del MINSA no tiene un esquema conceptual coherente, es así que podemos encontrar programas que duplican acciones como los de adolescencia paralelos a los de salud reproductiva, Enfermedades de transmisión sexual y SIDA, salud mental, materno perinatal, etc.

Análisis FODA

Presentamos la matriz del análisis FODA con el interés de identificar las distintas combinaciones y diseñar las estrategias orientadas a desarrollar las potencialidades, encarar los desafíos, evaluar los riesgos y reconocer las limitaciones de la promoción de la salud y de los programas de salud de l@s adolescentes en el área.

Análisis FODA		Oportunidades	Amenazas
Fortalezas	Potencialidades: ¿Qué fortalezas institucionales permiten aprovechar las oportunidades que existen?	Riesgos: ¿Qué amenazas compiten con las fortalezas institucionales?	
Debilidades	Desafíos: ¿Qué debilidades impiden aprovechar las oportunidades existentes?	Limitaciones: ¿Qué amenazas existen frente a las que la promoción de la salud y los programas de salud de l@s adolescentes no tienen forma de defenderse?	

Hemos realizado un análisis FODA sobre la base de la matriz mostrada.

Potencialidades

- ❑ Existen mandatos legales provenientes de conferencias y compromisos internacionales a nivel de gobiernos y de los documentos nacionales de instalación de los procesos de reforma que priorizan la promoción de la salud y la atención a grupos de edad, que permitirían abogar por el desarrollo del área desde el más alto nivel hasta la provisión directa de los servicios de menor complejidad.
- ❑ Los agentes de la promoción de la salud y de los programas de salud del adolescente tienen un aprendizaje acumulado con relación a participación y movilización comunitaria que podría ser aprovechado para el conjunto de diseño de los procesos de reforma, si se logra impulsar un proceso de sistematización, evaluación y difusión de las experiencias, incluyendo elementos de costo e impacto en el desarrollo social.
- ❑ El sector salud cuenta con RRHH motivados y comprometidos con la promoción de la salud que estarían en condiciones de liderar el proceso de instalación de una agenda en el marco del desarrollo de la reforma sectorial, sería deseable una inversión en capacitación e intercambio de experiencias, así como generar un espacio para su participación activa en el proceso.
- ❑ Existe una red de agentes de salud comunitaria y líderes juveniles de salud que han venido desarrollando acciones de promoción de la salud que podrían ser incluidos en los mecanismos de participación y movilización comunitaria que plantean los modelos de sistemas de salud que promueve la reforma.
- ❑ Los gerentes, académicos y expertos de promoción de la salud y de los programas de salud de los adolescentes están en condiciones de aportar con lecciones aprendidas, para el desarrollo de políticas y programas de salud, educación sexual y reproductiva, habilidades básicas para la vida, prevención del consumo de tabaco y alcohol, nutrición y violencia. Incluso existe un sector emergente de desarrollo de propuestas, políticas y programas en el ámbito rural.
- ❑ Existe una experiencia de trabajo intersectorial en las áreas de educación sexual, capacitación para el empleo y promoción de los derechos de los niños y adolescentes, la que puede ser un gran aporte al proceso de institucionalización de instancias intersectoriales y generación de políticas saludables.
- ❑ En el área de deportes y salud ocupacional, hay una experiencia de trabajo con el sector privado que podría ser fuente de conocimiento para el desarrollo sistemático de una labor con estos actores.
- ❑ Los programas de formación de RRHH en salud pública vienen fortaleciendo sus capacidades en el área de gerencia moderna y diseño de políticas, si esto se une con el desarrollo operativo específico de la promoción de la salud y los programas de salud de los adolescentes, se podría impulsar el desarrollo de sociedades científicas en el área que ayuden a superar la sub-valoración tradicional de los temas no exclusivamente médicos.

Desafíos

- ❑ Establecer desde el más alto nivel de decisión de los MINSA una instancia (tipo dirección general) responsable de la promoción de la salud, que incluya en su labor programas por grupos de edad, como el de salud de l@s adolescentes, esto permitiría tener asignación presupuestaria clara y mandato y mecanismos de implementación y evaluación específicos.
- ❑ Capacitar al personal involucrado, en los conceptos básicos y las habilidades específicas de la promoción de la salud en los diferentes niveles de decisión y provisión. Asimismo, evaluar y capacitar a los consultores internacionales y nacionales en promoción de la salud que tienen mayores condiciones para el trabajo en el área.
- ❑ Establecer una agenda de acción de la promoción de la salud y el programa de salud de l@s adolescentes a instalar en los procesos de reforma Sectorial.
- ❑ Fortalecer con RRHH e infraestructura, los equipos técnicos de promoción de la salud y salud de los adolescentes, estableciendo indicadores de evaluación al desempeño e incentivos a buenas prácticas.
- ❑ Generar espacios o sociedades científicas especializadas en promoción de la salud y salud de los adolescentes con una perspectiva intersectorial y transdisciplinaria; dando incentivos para la investigación, la difusión de resultados y la abogacía en el tema.
- ❑ OPS debe delinear una estrategia transversal para el seguimiento y evaluación de los procesos de reforma, en la que incluyan consultores de promoción de la salud y de diseño de políticas, así como desarrollo organizacional.

Riesgos

- ❑ Si los agentes de la promoción de la salud y de la salud de los adolescentes no tienen una propuesta estratégica, ni desarrollan una labor de abogacía para institucionalizarse e instalar su agenda en los procesos de reforma, quedarán fuera de él y perderán todo lo avanzado hasta la actualidad.
- ❑ Si se mantienen comportamientos temáticos en el sector (salud sexual y reproductiva, ETS, TBC, etc.) en desmedro de intervenciones estratégicas por grupos de edad y se es incapaz de negociar en estos términos con la cooperación financiera internacional, se seguirán duplicando acciones y deteriorando el desarrollo de perspectivas más integrales.
- ❑ Si los agentes de promoción de la salud y de la salud de los adolescentes no están en condiciones técnicas y estratégicas de presentar su agenda en la discusión sobre financiamiento del modelo, rentabilidad de sus acciones y diseño institucional, no estarán en condiciones de incluirse en la oferta en salud, ni en la formación de RRHH.
- ❑ De no difundirse sistemáticamente las lecciones aprendidas sobre promoción de la salud y programas de salud de los adolescentes en términos de rentabilidad social para el desarrollo, a los clientes enunciados en nuestro análisis, no se avanzará en colocar el tema en la agenda pública, ni facilitar inversiones en el área.
- ❑ Si no se realiza una inversión constante en la producción, sistematización y difusión de conocimientos interdisciplinarios y relevantes en las áreas de promoción y salud de los adolescentes, no se avanzará a legitimar el tema, valorarlo y detallar una agenda viable.
- ❑ Si los agentes de la promoción y de la salud de los adolescentes no tienen una comprensión holística de la salud y de los determinantes externos, así como de los procesos sociales sobre los que impacta y de las formas de generar políticas públicas en el marco de la modernización del Estado, el fortalecimiento de la ciudadanía y del sector privado, no estarán en condiciones de generar una propuesta específica en el área y se remitirán a repetir esquemas preventivos tradicionales.
- ❑ Si los agentes de la promoción de la salud y de la salud de los adolescentes no tienen formación y habilidades para desarrollar trabajo intersectorial con mirada estratégica y de construcción de poder compartido, no estarán en condiciones de hacer viable el núcleo del trabajo en el tema.
- ❑ De no darse incentivos diversos a los agentes de la promoción de la salud y a los de salud de los adolescentes, irán perdiendo la motivación personal en las áreas y disminuirá su compromiso, dado que los procesos de reforma parecieran no estar revalorizando estos temas adecuadamente.

Limitaciones

- ❑ Existen países en la Región que sólo avanzarán por arrastre, dado el escaso desarrollo técnico e institucional en las áreas de promoción y salud de los adolescentes, en ellos es necesario hacer una evaluación específica sobre el tipo de inversión o cooperación viable.
- ❑ Si los agentes de la promoción de la salud y de salud de los adolescentes no están preparados para generar una agenda estratégica y hacer abogacía en los procesos de reforma, no podrán enfrentar sistemáticamente las amenazas ni aprovechar plenamente las oportunidades abiertas en el presente.
- ❑ Si la cooperación técnica y financiera, los expertos nacionales y los aliados en las áreas de referencia no establecen mecanismos de seguimiento y evaluación al proceso de instalación de la promoción de la salud y de la salud de los adolescentes en los países, no será posible legitimar y orientar el proceso.
- ❑ Si no se avanza en la evaluación y acumulación científica sobre la inversión en promoción de la salud y en salud de los adolescentes, así como en desarrollo de propuesta gerencial y de financiamiento, se perderá la gran oportunidad de instalar el tema en la agenda pública.

[Recomendaciones estratégicas para la acción]

Recomendaciones con relación a la reforma y la promoción de la salud

1. **Desarrollar** una instancia de concertación técnica internacional en el área, que establezca una agenda estratégica y de abogacía en promoción de la salud a impulsar en la Región en los procesos de reforma o modernización sectorial; con participación de la cooperación técnica y financiera internacional, expertos y gerentes nacionales y líderes nacionales de opinión.
2. **Incluir** en el proceso de monitoreo y evaluación de la reforma que se viene realizando desde la cooperación técnica y financiera, indicadores relacionados al desarrollo institucional de la promoción de la salud y los sub-programas por ciclo de vida, así como de inversión en el área e impacto en la participación social. Es necesario que OPS coloque el tema en forma transversal a toda la institución, e incluya en su equipo de seguimiento a expertos en promoción, desarrollo organizacional y políticas.
3. **Capacitar y dar seguimiento** a los agentes claves de la promoción de la salud de la Región en una comprensión holística de la salud y sus condicionantes externos, elementos básicos de gobernabilidad y desarrollo, generación de políticas en los procesos de modernización, mecanismos de trabajo intersectorial y evaluación; así como en habilidades de negociación, abogacía y generación de poderes compartidos. Colocar estas áreas temáticas en las ofertas de pre y postgrado de salud la Región y como elementos básicos para la acreditación de programas de formación de RRHH.
4. **Impulsar** la formación de sociedades científicas en las áreas de interés, a través del desarrollo de niveles de excelencia en la producción y difusión de conocimientos sistemáticos en áreas de promoción de la salud y los sub-programas por ciclo de vida, mediante la constitución de fondos concursables para la ejecución de investigaciones estratégicas en la Región.
5. **Promover** la conformación en los MINSA de una instancia especializada y responsable de la Promoción que incluya la planificación por ciclo de vida, con sub-programas de Niñez, Adolescencia y Juventud, Adulto y Adulto Mayor, en el ámbito de la alta dirección del sector salud. Ellos serán los encargados de hacer realidad las estrategias propuestas en Otawa y ratificadas en Yakarta. Las líneas de acción que estos sub-programas impulsen deberán ser vinculantes con las acciones de información y vigilancia epidemiológica, asistencia y rehabilitación que las otras instancias del sector regulan, impulsan o ejecutan, según corresponda, de modo que se fortalezca la red de servicios, desde lo comunitario hasta lo especializado y la red comunitaria intersectorial que asegura el éxito de las acciones de promoción, asistencia y rehabilitación que realiza el sector.
6. **Facilitar** la reflexión y acumulación de conocimientos sobre las "buenas prácticas" en promoción de la salud. Es necesario invertir en investigación, sistematización y difusión de experiencias desde una perspectiva de política pública.
7. **Asignar** presupuesto a las acciones de promoción, y precisar los indicadores de medición de desempeño. De lo contrario la promoción de la salud seguirá sin tener peso específico en el sector, ni logrará tener una medición de

rentabilidad en el corto y el largo plazo. Esto perpetuará el concepto extendido que señala que las "externalidades positivas" de la promoción de la salud no son apreciables cuantitativamente.

8. **Legitimar** la promoción de la salud en el Sector. El sector salud debe incluir en sus procesos de planificación, ejecución y evaluación de acciones, la labor intersectorial e interdisciplinaria, la construcción de consensos alrededor de la promoción, la construcción de institucionalidad pública y el fortalecimiento de la sociedad civil con impacto en la salud de las comunidades. Es necesario fortalecer las capacidades de definición de las responsabilidades directas en estos ámbitos para diferenciarlas de las responsabilidades compartidas. Ello permitirá legitimar la práctica de la promoción y acotar la labor del gerente público especializado, que podrá identificar los logros precisos de su acción.
9. **Concertar** la alianza del Estado con la sociedad civil y con el sector privado para las acciones de promoción debe ser inherente a la práctica del gerente encargado. Es necesario que el MINSA promueva, premie y regule la participación de los diversos actores sociales, en la construcción de políticas, entornos y prácticas saludables.

Recomendaciones con relación a la salud de l@s adolescentes

10. En los tres países estudiados hay un desarrollo del área de salud sexual y reproductiva de l@s adolescentes, en los tres niveles de responsabilidad de la promoción de la salud: **reducción de la inequidad** en materia de salud (a través de la generación de servicios diferenciados y la instalación de servicios comunitarios y redes de promotores de salud sexual y reproductiva), **garantizar el respeto de los derechos humanos** (básicamente promoción de los derechos reproductivos), **augmentar el capital humano y social** (educación sexual, educación en población, planeando la vida). Podemos aprender de ello para ampliar la experiencia a un paquete integral de intervención.
11. Es importante generar espacios de intercambio y colaboración horizontal, haciendo uso de las capacidades instaladas en cada país: Brasil tiene un gran aporte que hacer desde el ámbito académico hospitalario y desde la descentralización de la provisión. Costa Rica constituye el país con mayor desarrollo de un programa de atención integral e interdisciplinario en los diferentes niveles de atención de salud, expresado en paquetes básicos de atención, provistos por un seguro universal. Asimismo, Costa Rica tiene un interesante desarrollo de la participación juvenil en salud. República Dominicana tiene mucho que mostrar sobre el proceso de desarrollo de una política intersectorial que tiene como meta la aprobación de la Ley General de Juventud y con ello la institucionalización de políticas públicas para jóvenes.
12. Realizar una labor de abogacía por programas de promoción de la salud de l@s adolescentes y de difusión de buenas prácticas, en las diversas instancias de coordinación internacional de los Ministerios de Salud: RESSCA, Cono Sur, Sub-región Andina, etc.
13. Concentrar atención en formar RRHH en países con escasa institucionalidad como República Dominicana y brindar educación permanente en los países con mayor desarrollo como Brasil y Costa Rica. Hacer especial énfasis en la reflexión sobre los condicionantes externos de la salud, análisis de entorno, instrumentos modernos de gestión pública y diseño de políticas y habilidades básicas de negociación, abogacía, movilización comunitaria.
14. Generar espacios de planificación estratégica, seguimiento y evaluación participativa, concentrando la atención en dos o tres prioridades altamente sensibles, como salud sexual y reproductiva, organización y participación juvenil para la construcción de entornos saludables, vía municipios y escuelas (con material específico para que los jóvenes hagan trabajo comunitario que reciba incentivos a las buenas prácticas, como comunidad libre de basura, comunidad arborizada, comunidad libre de violencia sexual, etc.) y prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Con relación al desarrollo de los ámbitos de la promoción de la salud de l@s adolescentes, recomendamos:

- ❑ **Equidad:** Desarrollar el modelo de atención a ser incluido en el paquete básico que incluya la constitución de equipos interdisciplinarios para la atención a adolescentes en sus diferentes entornos: familia, comunidad, colegio, trabajo, etc.; priorizando a adolescentes que viven situaciones de pobreza y vulnerabilidad y brindando servicios de información, consejería y orientación, atención básica. Construcción de redes locales y regionales de promoción y protección de l@s adolescentes, con participación activa de los mismos en el desarrollo de políticas y programas integrales. Realizar acciones de comunicación e información de acuerdo a necesidades e intereses de los adolescentes. Acompañar estas acciones del diseño e implementación de instrumentos de gerencia moderna en todas las fases de trabajo (planificación, implementación, monitoreo y evaluación).
- ❑ **Derechos humanos:** Impulsar la formación de una cultura de derechos ciudadanos, a través de la difusión del Código del Niño y de Adolescentes, la convención sobre todas las formas de discriminación contra la mujer, y la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. Asimismo, promover su aplicación en el trabajo que se realiza dentro del sector y a nivel intersectorial a través del diseño de políticas específicas (como acceso al crédito financiero para adolescentes, derecho a constituir organizaciones civiles, derecho a denunciar violencias, seducción y abuso sin presencia de un adulto, derecho a decidir quién participa en su atención de salud, a ver su historia clínica y a recibir atención e insumos de planificación familiar, etc.), y diseñar mecanismos de sanción para los que no respeten su cumplimiento. Fortalecer la institucionalización de un organismo público de carácter intersectorial, promotor y rector de políticas de juventud.
- ❑ **Desarrollo de capital humano:** Promover programas de educación en habilidades básicas para la vida, destinados preferiblemente a grupos en pobreza y vulnerables y a adolescentes con interés de desarrollar acciones de capacitación, orientación y movilización comunitaria por la salud y la construcción de entornos saludables. Generar un programa de incentivos a las buenas prácticas individuales y organizacionales que promueven la salud (arborización, detección y denuncia de violencia doméstica, abuso o seducción, trabajo intergeneracional con niños y adultos mayores en pro de la salud y la calidad de vida, etc.). Fortalecer las organizaciones juveniles existentes y promover la conformación de nuevas, facilitando espacios de encuentro, asesoría y pequeños recursos concursables para el desarrollo de acciones. Generar un proceso planificado de abogacía y capacitación a los jóvenes, en los procesos de reforma del Estado y del sector salud. Esto permitiría lograr mayor conciencia ciudadana en la distribución de recursos escasos, la necesidad de *accountability* pública y los mecanismos de movilización comunitaria; elementos que ayudan a la viabilidad de los procesos sociales.

Bibliografía

1. Anderson, J. (1991). *Reproducción social/Políticas sociales. La puesta en escena de dos grandes temas en tres breves actos*. SUMBI, Lima, Perú.
2. Association of Maternal and Child Health Programs (1999). *Adolescents and the State Children's Health Insurance Program (CHIP): Healthy Options for Meeting the Needs of Adolescents* Policy Information and Analysis Center for Middle Childhood and Adolescence; National Adolescent Health Information Center. Universidad de California, EE.UU.
3. Atria, A. (1992). "Hacia la reconceptualización del Estado". En: *Renovación del Estado y consolidación democrática en Chile*. Santiago, Chile. Cuadernos del Foro 90, no. 1, pág. 16.
4. Banco Interamericano de Desarrollo (1998). *América Latina frente a la desigualdad. Progreso económico y social en América Latina, Informe 1998-1999*. Washington, D.C., EE.UU.
5. Banco Mundial (1997 1). *Salud, nutrición y población. Estrategia sectorial*. Red de Desarrollo Humano.
6. Banco Mundial (1997 2). *Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1997. El Estado en un mundo en transformación. Indicadores seleccionados del desarrollo mundial*. Primera edición, agosto. Washington, D.C., EE.UU.
7. Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial*. Washington, D.C., EE.UU.
8. Borges, R. (1996). *El Estudio de Caso como instrumento pedagógico y de investigación en Políticas Públicas*. Universidad de Chile. Magister en Gestión y Políticas Públicas, Santiago de Chile.
9. Brito, P.; Campos, F. y Novick, M. (1996). *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: Cambios y oportunidades*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., EE.UU.
10. Burki, S.J., Guillermo, P. y Dillinger, W. (1999). *Más allá del centro. La descentralización del Estado*. Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y El Caribe. Washington D.C., EE.UU.
11. Burki, S.J. y Guillermo, P. (1998 1). *La larga marcha. Una agenda de reformas para la próxima década en América Latina y el Caribe*. Edición en español con epílogo de Eduardo Aninat. *Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., EE.UU.
12. Burki, S.J. y Guillermo, P. (1998 2). *Más allá del consenso de Washington. La hora de la reforma institucional*. *Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y El Caribe*. Washington, D.C., EE.UU.
13. Burt, M. (1998). *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* Organización Panamericana de la Salud/ Fundación W.K. Kellogg. Washington, D.C., EE.UU.
14. Cohen, M. (1995). *The Monetary Value of Saving a High-Risk Youth*. The Urban Institute. Washington, D.C., EE.UU.
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1994). "Joint PAHO/ECLAC Report on Social Equity and Changing Production Patterns in Latin America and the Caribbean". En: *Pan American Health Organization Working Documents for the 24th Pan American Sanitary Conference and 46th Regional Committee Meeting*, Washington, D.C. 26 a 30 de septiembre.
16. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (1998 1). *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Volume 1. Brasília, Brasil. Mayo.
17. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (1998 2). *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Volume 2. Brasília, Brasil. Mayo.
18. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1999). *Segundo Seminario: Procesos de reforma de la Seguridad Social en Materia de Salud. Análisis de los Procesos en Marcha*. Serie Estudios 47. Secretaría General. México D.F.
19. Cortázar, J. C. (1998). "Políticas sociales para la adolescencia y juventud". *Socialismo y participación* n° 81. Lima, Perú.
20. Cortázar, J. C. (1997 1). Tomado del curso "Desarrollo y Políticas Públicas" dictado por Cortázar en la Pontificia Universidad Católica del Perú (primer semestre).
21. Cortázar, J.C. (1997 2). "Promoción de la igualdad de oportunidades y mejoramiento del acceso a los servicios sociales". Apuntes. *Revista de Ciencias Sociales*. Centro de Investigación, Universidad del Pacífico. Primer Semestre 1997. Lima, Perú.
22. Crozier, M. (1992). *Estado modesto, Estado moderno. Estrategia para el cambio*. Fondo de Cultura Económica, México. Segunda edición.
23. Dirección General de Promoción de la Juventud (1998). *Política Nacional de Adolescencia y Juventud 1998-2003*. Santo Domingo, República Dominicana.
24. Drucker, P. (1985). *Innovation and Entrepreneurship*. Págs. 186-187. Harper & Row, Nueva York.

25. Gerencia de Modernización CCSS (1998). Hacia un nuevo modelo de atención integral de salud. Seguro Social de Costa Rica.
26. Gómez, C.; Schoemaker, J.; Ramírez, N. y Saba, W. (1999). Jóvenes 99. Informe de resultados encuesta sobre recreación, salud y trabajo en adolescentes y jóvenes. DGPJ, República Dominicana.
27. IDESPO. La Costa Rica del Siglo XXI que anhela la juventud Costarricense. UNA 1998. Citado en: Movimiento Nacional de Juventudes. Por una Legislación Juvenil. Ministerio de Cultura y Deportes. Mimeo S/f.
28. Krauskopf, D. y Meoño, C. (1998). Proyecto de servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes. Costa Rica.
29. La Rosa, L. (1998 1). Institucionalidad Pública de las Políticas Sociales para los adolescentes y Jóvenes. Socialismo y Participación N°81. Lima, Perú.
30. La Rosa, L. (1998 2). Políticas sociales para las juventudes. OPS/Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP)/Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud. Lima, Perú.
31. La Rosa L. (1998 3). Educación sexual en la escuela. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Centro de Salud Pública. Lima, Perú.
32. La Rosa, L. (1997) Adolescencia e iniciación sexual. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Centro de Salud Pública. Lima, Perú. Junio.
33. La Rosa, L. (1996). La gestión de la atención de salud de los adolescentes en Chile y Perú. Estudio de siete casos y una propuesta a probar en el sector público. Universidad de Chile, Santiago.
34. López Acuña, D. (1999). La ampliación de la protección social en salud: Retos y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., EE.UU. Mimeo de circulación restringida.
35. López, L. y La Rosa, L. (1993). "Capacitando profesionales de salud para la atención integral de adolescentes con énfasis en salud reproductiva". Metodología, PROFAMILIA. Mayo.
36. Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C.; Silber, T.; Suárez Ojeda, E. y Yunes, J. (1995). La salud del adolescente y del joven. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 552. Washington, D.C., EE.UU.
37. Madrid, I.; Velázquez, G. y Fefer, E. (1998). Reforma del sector farmacéutico y del sector salud en las Américas: Una perspectiva económica. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., EE.UU.
38. McAlister, A. (1998). La violencia juvenil en las Américas. Estudios innovadores de investigación, diagnóstico y prevención. Organización Panamericana de la Salud/Fundación W.K. Kellogg. Washington, D.C., EE.UU.
39. Meloni, E.; Lemos, M.; Bailey, P. y McKay, A. (1998). Seminario Gravidez na Adolescencia. Rio de Janeiro, Brasil. Julio.
40. Ministerio da Saúde, Brasil (1999 1). Governo Federal. Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento. Volume 1. Brasília. Agosto.
41. Ministerio da Saúde, Brasil (1999 2). Manual para a organização da Atenção Básica. Tercera edición. Brasília. Junio.
42. Ministerio de Salud, Chile (1997). Diseño e implementación de las prioridades. La reforma programática chilena.
43. Ministerio de Salud, Costa Rica (1998). Memoria anual, 1998.
44. Ministerio de Salud, Perú (1997). Seminario Internacional Reforma del Sector Salud. Lima.
45. Molina, M.; Durán, V.; Donas, S. y Rocabado, F. (1999). Conductas de riesgo en adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica.
46. Morlachetti, A. (1999). Situación actual. Obligaciones de Latinoamérica y el Caribe ante el derecho internacional de adolescentes y jóvenes. Con revisión de los documentos actuales. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., EE.UU.
47. Organización de Estados Americanos (OEA) (1999). La OEA y la superación de la pobreza. Unidad de Desarrollo Social y Educación. Washington, D.C., 23 de septiembre.
48. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999). Programación para la salud y el desarrollo de adolescentes. Serie de Informes Técnicos, 886. Ginebra, Suiza.
49. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Otawa, Canadá, 21 de noviembre.
50. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999 1). Orientaciones estratégicas y programática, 1999-2002. Washington, D.C., EE.UU.
51. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999 2). Hoja de abogacía n°5, noviembre. Programa de Salud y Desarrollo del Adolescente. Washington, D.C., EE.UU.

52. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999 3). Perfiles de los sistemas de servicios de salud en los países de la Región. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C., EE.UU.
53. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999 4). Hacia la definición de una agenda para la salud en los procesos de globalización económica. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, D.C., EE.UU.
54. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999 5). II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública. Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C., EE.UU.
55. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999 6). Información para la salud. Informe anual del Director, 1998. Washington, D.C., EE.UU.
56. Organización Panamericana de la Salud (1998 1). La salud en las Américas. Volumen I y II. Washington, D.C., EE.UU.
57. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998 2). Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. 1998-2001. Washington, D.C., EE.UU.
58. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998 3). Simposio sobre Estrategias Nacionales para la Renovación de Salud para Todos. Washington, D.C., EE.UU.
59. Organización Panamericana de la Salud (1996). Acciones de salud materno-infantil a nivel local: Según las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Washington, D.C., EE.UU.
60. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1995). XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. XLVII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Reforma del Sector Salud. En: Colección completa de las resoluciones de la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y de la XLVII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., EE.UU.
61. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Promoción de la Juventud/Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) (1998). Política Nacional de Adolescencia y Juventud 1998-2003. Santo Domingo, República Dominicana.
62. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (1998). Consideraciones sobre la rectoría de los ministerios de salud en Centroamérica y República Dominicana. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, D.C., EE.UU.
63. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (1997). La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. Washington, D.C., EE.UU.
64. Osborne D. y Plastrik, P. (1998). La reducción de la burocracia. Cinco estrategias para reinventar el gobierno. Ediciones Paidós. Buenos Aires, Argentina.
65. Osborne, D. y Gaebler, T. (1994). La reinención del gobierno. La influencia del espíritu empresarial en el sector público. Ediciones Paidós Estado y Sociedad, 1º Edición. Barcelona, España.
66. Parodi Trece, C. (1997). Economía de las políticas sociales. Universidad del Pacífico, Centro de Investigación. Lima, Perú. Mayo.
67. Ponce, A. y La Rosa, L. (1999). Nuestra sexualidad. Mis abuelos, mis padres y yo. Construcciones sociales de la sexualidad en tres grupos generacionales. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
68. Pontificia Universidad Javeriana (1998). Relaciones Internacionales, políticas social y salud: Desafíos en la era de la globalización. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Facultad de Enfermería. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Santa Fé de Bogotá, Colombia.
69. Prats i Catala, J. (1997). Administración pública para el desarrollo hoy: de la Administración a la gestión. De la gestión a la gobernabilidad. Ponencia presentada en el II Congreso Interamericano del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Isla Margarita, Venezuela, 15-18 de octubre.
70. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1999). Informe sobre desarrollo humano, 1999. Ediciones Mundi-Prensa. Madrid, España.
71. Rodríguez Pinzón, D.; Martín, C. y Ojea Quintana, T. (1999). La dimensión internacional de los derechos humanos. Guía para la aplicación de normas internacionales en el derecho interno. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C., EE.UU.
72. Rojas Ferro, M. y Delgado, A. (1997). Política social: Desafíos y utopías. Nuevas tendencias en política social. Seminario Internacional. Memorias. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Departamento de Gestión Pública. Santafé de Bogotá, Colombia. Agosto.

73. Sáenz Herrera, C. (1999). Hospital Nacional de Niños. Hospital Escalante Padilla- Perez Zeledón. Mimeo de circulación restringida.
74. Saltman, R. y Figueras, J. (1997). Reforma sanitaria en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones. Madrid, España.
75. Savedoff, W. (1998). La organización marca la diferencia. Educación y salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Red de centros de Investigación. Washington, D.C., EE.UU.
76. Secretaría de Salud y Asistencia Social - ESPAS (1998). El nuevo modelo de atención de salud para la República Dominicana. Primer nivel de atención. Resumen.
77. Tomassini, L. (1993). Estado, gobernabilidad y desarrollo. Banco Interamericano de Desarrollo. Serie de Monografías, 9. Washington, D.C., EE.UU.
78. UNESCO/Instituto Ayrton Senna/Fundação Ford/Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública. Garamond. Fala Galera. Juventude, Violencia e Cidadania na Cidade do Rio de Janeiro. Brasilia 1999.
79. Ying, R. (1984). Case Study Research. Design and Methods. Sage Publications, EE.UU.

Anexo

Guía de entrevista en profundidad n° 1

Esta guía está dirigida a gerentes nacionales, regionales y locales de servicios de salud para adolescentes y a los responsables del proceso de reforma a nivel central, así como al director general de salud del nivel central.

[I]

1. ¿Qué criterio(s) son centrales para la planificación de servicios? ¿Cómo se generan esos criterios, quiénes participan?
2. ¿Con el proceso de reforma del sector se han operado algunos cambios en la forma de planificar los servicios?
3. ¿Cuán presente está la perspectiva de Ciclo de Vida? ¿Sí, no, por qué? ¿Qué limitaciones o facilidades tiene esta perspectiva para aplicarla en la realidad?
4. ¿Considera útil planificar los servicios en forma diferenciada para adolescentes? ¿Sí, no, por qué, en qué nivel de atención? ¿Conoce alguna experiencia de este tipo? ¿Qué opina?

[II]

5. ¿Existe en la estructura ministerial un programa de salud del Adolescente? ¿Sí, no, por qué?
 - 5.1. ¿A qué nivel se encuentra el programa, a quién reporta?
 - 5.2. ¿Qué recursos maneja el programa? (Humanos, presupuestarios, de infraestructura).
 - 5.3. ¿Cuál es la misión del programa? Visión, Metas.
 - 5.4. ¿Qué capacidad tiene el programa de liderar la concertación de acciones en salud del adolescente? ¿Cómo la verifica? ¿A qué la atribuye?
 - 5.5. ¿Qué programas del MINSA son importantes para el desarrollo de la salud de los adolescentes? ¿Cuáles son más difíciles de coordinar siendo que son importantes en el área?
 - 5.6. ¿Qué percepción tienen en el MINSA sobre la utilidad y efectividad de programa? ¿Por qué?
 - 5.7. ¿Qué mejoras le haría al diseño del programa de salud del adolescente para lograr mayor impacto?
6. ¿El diseño de servicios incluido en el paquete básico, tiene algún componente para adolescentes? ¿Sí, no, cuál? ¿Por qué?

[III]

7. ¿Existen servicios diferenciados para adolescentes en los diferentes niveles de atención? ¿Hospital General, Centro de Salud? Si, no, por qué?
 - 7.1. ¿Qué características tienen los servicios? Preventivos, promocionales, asistenciales, etc.
 - 7.2. ¿Qué necesidades prioritarias cree que se deben atender desde estos servicios?
 - 7.3. ¿Qué características deben tener los recursos humanos dedicados al servicio? Tipo de profesión, experiencia, etc.
 - 7.4. ¿Los adolescentes tienen algún papel en los servicios? ¿Sí, no, cuál, por qué?
 - 7.5. ¿Existe alguna diferencia en la atención por sexo? ¿Sí, no, cuál? ¿Por qué?
 - 7.6. ¿Existe alguna directiva o mecanismo que prioriza la atención a adolescentes en pobreza o mayor vulnerabilidad?
 - 7.7. ¿El servicio realiza acciones de coordinación con otros sectores? ¿Con cuáles, por qué? ¿Qué impacto tienen?

[IV]

8. ¿Cómo diseñaría Ud. el MINSA, si tuviera el poder para hacerlo?

8.1. ¿Cómo diseñaría Ud. la atención a adolescentes, si tuviera el poder para hacerlo?

Guía de entrevista en profundidad n° 2

Esta guía de entrevista está dirigida a contrapartes locales de los servicios de salud: ONGs, alcaldía, organizaciones juveniles, etc.

[I]

1. ¿Con la reforma del sector, Ud. ha notado mejoras en la forma de estructurar los servicios? ¿Sí, no, por qué?
2. ¿Ud. diría que la reforma del Sector ha facilitado o deteriorado la atención a adolescentes, o simplemente es indiferente? ¿Por qué?

[II]

3. ¿Qué evaluación tiene Ud. del programa de salud de los adolescentes del nivel central del MINSA? ¿Qué limitaciones y fortalezas tiene ese programa?
4. ¿Del conjunto de servicios que forman parte del paquete básico de salud, hay algunos elementos útiles o pertinentes que atiendan las necesidades de los adolescentes?
5. ¿Existe una red local para mejorar la calidad de vida de los adolescentes? ¿Sí, no, cuál? ¿Por qué?
6. Si existe la red: ¿Cuál es el papel del programa de salud del adolescente en ella?

[III]

7. ¿Qué evaluación tiene de los servicios de salud del adolescente en los diferentes niveles de atención de salud, con relación a calidad, adecuación a las necesidades de los jóvenes, recursos humanos y de infraestructura con que cuenta?

[IV]

8. Si Ud. tuviera todo el poder, ¿cómo diseñaría el servicio para adolescentes?

Guía de observación

[Servicios de atención: hospital general y centro de salud]

1. Ubicación funcional del servicio: en qué departamento se encuentra.
2. Flujograma de atención conocido por los empleados de información, profesionales del servicio y por los jóvenes.
3. Costo del servicio: diferenciado, similar a la de las otras poblaciones.
4. Infraestructura: señalización adecuada, espacio que cumpla con requerimiento básico de intimidad, limpieza en el servicio y en los servicios higiénicos, sala de espera con material educativo.

¹ OMS. 51° Asamblea Mundial de la Salud. 13 de Mayo de 1998.

² En el estudio de casos de políticas públicas, no es imprescindible contar con transcripciones, pues no vamos a trabajar con el imaginario, ni se realizará deconstrucción de los discursos, como sí se realiza en estudios sobre la construcción del "sentido común".

³ Alleyne, George. La Salud en el marco de Reducción de la Pobreza. Documentos OPS/OMS. V Reunión del Foro Permanente para la aplicación de la Estrategia de Cooperación al Desarrollo. Lima, Perú, 1998.

⁴ El concepto de gobernabilidad se ha ido desarrollando en América Latina y se refiere a la capacidad del gobierno para canalizar los intereses de la sociedad civil, a la interacción que se da entre ambos segmentos y por lo tanto a la legitimidad (que nace de la participación ciudadana, la eficiencia y la estabilidad de los gobiernos y se inscribe en el Derecho) del gobierno. Este concepto incluye la definición de **Governance** (término en inglés) que se refiere al ejercicio del gobierno y todas las condiciones necesarias para que esta función pueda desempeñarse con legitimidad, eficacia y respaldo social. De allí la importancia del mantenimiento de un Estado de derecho, la juridicidad de las acciones públicas, la elección democrática del régimen político, la descentralización de la acción pública, la participación de los sectores marginados como las mujeres, los jóvenes y los pobres en la sociedad y en la economía, la seguridad ciudadana, el fortalecimiento de los partidos políticos y el control de terrorismo.

⁵ Los autores proponen diez principios para generar una nueva forma de Gobierno, que convierta el talante empresarial en norma y la burocracia en excepción: promover la competencia entre los proveedores de los servicios; capacitar y facultar a los ciudadanos para desplazar el control fuera de la burocracia y colocarlo en la comunidad; medir el rendimiento de sus agencias no en función del gasto, sino de los resultados; inspirarse en metas - objetivos o misiones -, no sólo en las reglas y regulaciones; redefinir a los usuarios o consumidores como clientes y ofrecerles opciones (entre escuelas, entre programas de formación, entre tipos de vivienda); prevenir los problemas antes de que se presenten, en vez de limitarse a proporcionar servicios con posterioridad; invertir la energía en ganar dinero, no simplemente en gastarlo; descentralizar la autoridad por medio de la gestión participativa; preferir los mecanismos de mercado a los mecanismos burocráticos; Y no se dedican meramente a suministrar servicios públicos, sino a catalizar todos los sectores - públicos, privados y voluntarios- en la acción para resolver los problemas comunitarios.

⁶ Según la OEA: "a mediados de la presente década el 39% del total de hogares latinoamericanos y caribeños se encontraban en condiciones de pobreza, cifra superior al 35% que se registraban a principios de la década de los ochenta. En términos absolutos, se calcula que en la Región viven actualmente 210 millones de pobres, cifra que representa un récord histórico. La pobreza adquiere ciertas particularidades, entre las que destacan su creciente carácter urbano, lugar de residencia del 65% de los pobres, así como su íntima relación con la desigual distribución de ingreso. Al respecto, se ha señalado que una parte significativa de la pobreza en la Región es consecuencia de la inequitativa distribución de la riqueza, encontrándose países donde el 10% más rico de la población percibe más del 50% del ingreso nacional, mientras el 40% más pobre recibe menos del 10%".

⁷ América Latina tiene los mayores niveles de desigualdad en la distribución de ingresos en el mundo, al menos uno de cada tres hogares y dos de cada cinco personas viven bajo la línea de la pobreza. Reimers Fernando. Educación, Pobreza y Desigualdad en América Latina. Publicado en: Perspectivas, revista de la Oficina Internacional de Educación de UNESCO. Vol. XXIX, N°4, Diciembre 1999.

⁸ Op.cit.

⁹ En el año 2000, la población joven de la Región se estimó en 151.865.300 personas, lo que constituye un 30% de la población total.

¹⁰ La Conferencia sobre Promoción de la Salud realizada en Ottawa, nos plantea la siguiente definición de promoción de la salud: " La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario". OPS. Carta de Otawa para la promoción de la Salud, Canadá 1986.

¹¹ Recordemos que la disminución de la exclusión social tiene un alto impacto positivo en la Gobernabilidad de nuestros países, como hemos sustentado anteriormente.

¹² Existen casos en que la sociedad como un todo también se beneficia de la producción del bien o servicio. Estos "efectos externos" pueden comprenderse mejor a través de un ejemplo: supongamos que un individuo obtiene beneficios por ser vacunado; estos beneficios se extienden a los demás, pues el número de potenciales portadores y, por lo tanto, el peligro de una infección se reduce. En estos casos, los individuos privados no toman en cuenta (no internalizan) los beneficios externos, por lo que si se deja la situación al libre mercado, los individuos "comprarán" pocos servicios de

salud y la sociedad toda correrá altos riesgos; si el gobierno subsidia su provisión, todos estarán mejor. Así surge una justificación para el financiamiento público (no necesariamente para su producción) de los servicios sociales. La dificultad radica en que las externalidades no son observables y son muy difíciles de cuantificar. Entonces, pueden sobreestimarse o subestimarse, generándose problemas en la asignación del financiamiento óptimo por parte del gobierno.

¹³ Generalmente las madres adolescentes tienen un escaso espacio intergenésico entre cada hijo (9 meses en promedio entre embarazo y embarazo) en comparación con las madres adultas jóvenes que muestran un espacio intergenésico de dos años y medio.

¹⁴ Personas saludables, productivas, capaces de planificar su vida, cuidar su salud física y mental y de participar como ciudadanos en los servicios de salud.

¹⁵ La promoción de la salud actúa sobre los determinantes de la salud, a fin de obtener el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en materia de salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y aumentar el capital social. Declaración de Yakarta.

¹⁶ Múltiples informes reportan que los programas de prevención y atención secundaria y terciaria logran un menor impacto por las siguientes razones: Enfocan un solo problema, no todas las circunstancias de la vida del sujeto, ignorando que un problema aislado no puede solucionarse sin "resolver" las diversas circunstancias que rodean al adolescente; Son programas a corto plazo; Se inician demasiado tarde, cuando el problema es evidente y los patrones de conducta se han fijado; Enfocan sólo la prevención del comportamiento negativo y no la promoción de comportamientos positivos.

¹⁷ Con relación a esto, el MINSA Chile señala: "En América Latina la reforma se ha centrado en aspectos financieros y económicos y los países no han tomado cuenta adecuada de las cuestiones de evaluación (es decir, la definición de eficacia, eficiencia e indicadores e indicadores de productividad) ni la reestructuración y reorganización institucional. Las reformas no han producido programas de salud que los proveedores estén adecuadamente equipados para administrar". Ministerio de Salud. Diseño e implementación de las Prioridades. La Reforma Programática Chilena. Chile DISAP, 1997.

¹⁸ Collado, Carol. *Notes on the Cycle Grouping of "Cluster" Topics*. Print. PAHO. Washington D.C. 1999.

¹⁹ Collado, op. cit.

²⁰ Maddaleno Matilde. Conferencia sobre Desarrollo Social, BID, Washington, D.C. Noviembre 1999.

²¹ Ejes de la Declaración de Yakarta, op.cit.

²² Se recomienda la lectura de: McNeal, J.U. Los niños como consumidores de productos sociales y comerciales. OPS, Fundación W.K. Kellogg. Washington, DC, 2000.

²³ Recomendamos las lecturas de: Morlachetti, Alejandro. Situación Actual: Obligaciones de Latinoamérica y el Caribe ante el Derecho Internacional de adolescentes y jóvenes. Con revisión de los documentos actuales. Marzo 1999. OPS Washington, D.C. Rodríguez Pinzón, Diego. Martín, Claudia. Ojeda Quintana, Tomás. La dimensión internacional de los derechos humanos. Guía para la aplicación de normas internacionales en el derecho interno. BID, Washington D.C. 1999.

²⁴ Alleyne, George. Informe anual del Director. OPS. Washington D.C. 1998.

²⁵ Nombramos a continuación los criterios rectores de actuación de la OPS en los procesos de reforma, ellos permiten juzgar la direccionalidad de las reformas en curso o planificadas. Op. cit. OPS 1997.

²⁶ Podemos apreciar que con distintos nombres, el esquema es aproximadamente el mismo, siendo que aparecen nuevos perfiles de trabajadores de salud, como agentes comunitarios, técnicos de Atención Primaria de Salud, Técnico de Salud Familiar, promotores voluntarios, etc., esto constituye un reto para las entidades de capacitación.

²⁷ Asumimos la Visión como la imagen objetivo, la descripción de lo que la organización debería ser y lograr en el futuro.

²⁸ Entendemos la Misión como la identificación de los propósitos y fines de la organización en el área de referencia.