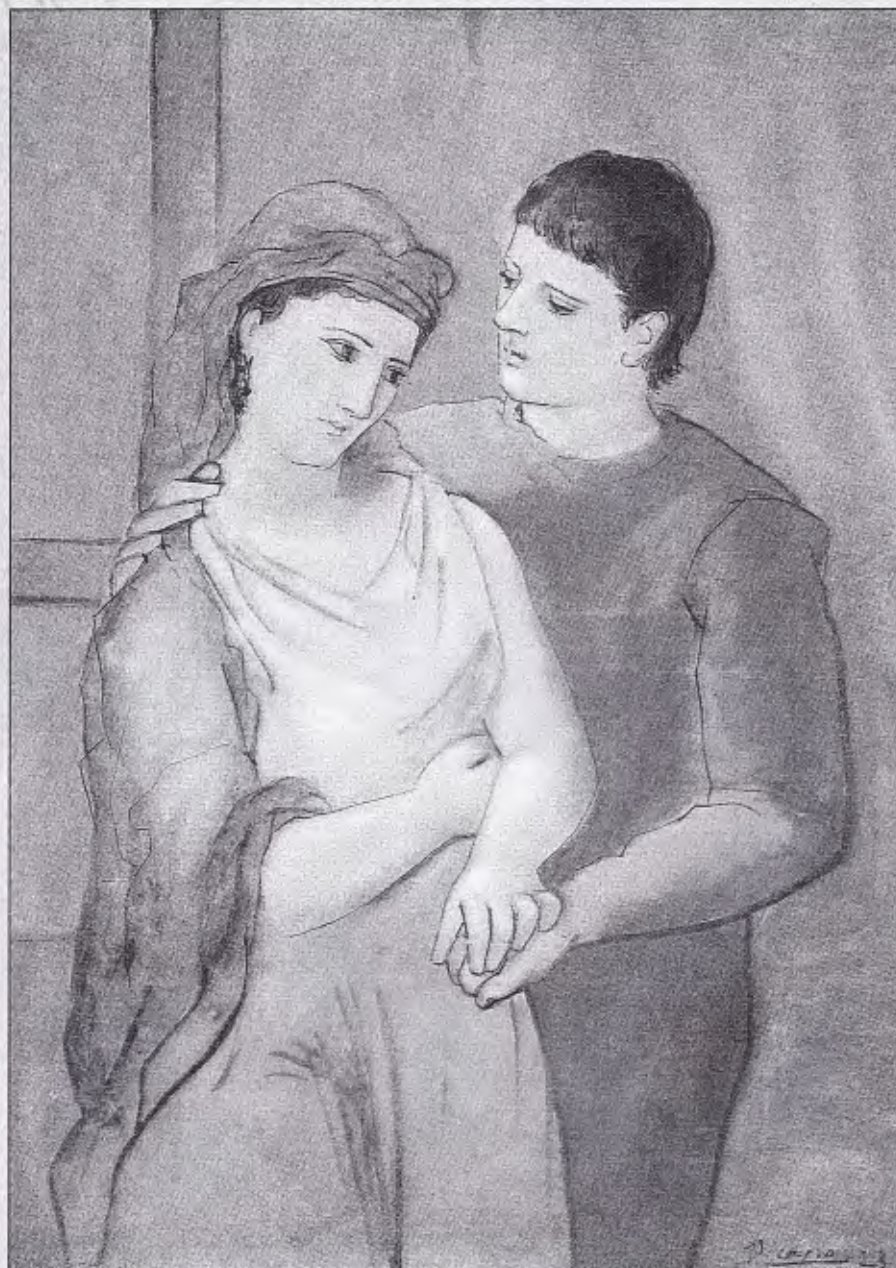


Publicación
Científica No. 552

Organización
Panamericana
de la Salud



LA SALUD DEL ADOLESCENTE Y DEL JOVEN

Editores:

Matilde Maddaleno • Mabel M. Munist
Carlos V. Serrano • Tomás J. Silber • Elbio N. Suárez Ojeda • João Yunes

Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente

ELSA M. MORENO, CARLOS V. SERRANO Y LUIS TOMÁS GARCÍA

Introducción

El presente artículo tiene por objeto servir de marco de referencia para la formulación de programas que atiendan la salud integral del adolescente. En él se analizan los mandatos que en el ámbito internacional señalan la necesidad de fijar la atención en este numeroso grupo de población, cuyas necesidades de salud y bienestar es preciso satisfacer con premura.

Por entender que se trata de un proceso en el que deben participar los niveles nacionales, intermedios y locales, se analizan las funciones de cada uno de ellos. Si bien estas funciones no son diferentes a las que en términos generales se han descrito respecto a la organización de los sistemas de salud, se subrayan los aspectos específicos en relación con los programas para adolescentes, como uno de los componentes de un programa integrado de servicios, con el cual debe guardar coherencia y unidad.

Se enumeran las características que deben tener los programas para adecuarse a la naturaleza de las necesidades de este grupo de edad y al mismo tiempo se recoge la experiencia acumulada en la Región con respecto a aquellos que han resultado exitosos por cuanto, al evaluarlos, se descubre que dan una respuesta apropiada a las necesidades de conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados.

Este artículo contiene reflexiones sobre el enfoque estratégico, fundamental para la transformación de los sistemas nacionales de salud, y recomendado para la programación y administración de los sistemas locales de salud

(SILOS) por entender que resulta también especialmente adecuado para las actividades con los adolescentes.

En cuanto al proceso de programación a nivel de los SILOS, solo se analizan algunos de sus aspectos relevantes, no se pretende convertirlo en una guía cerrada sino en reflexiones que ayuden a la formulación de lineamientos para desencadenarlo. La responsabilidad de desencadenar el proceso corresponde, en la esfera de los SILOS, a la conducción de los niveles central e intermedio.

Se analiza con detenimiento la evaluación de los programas por entender que, dadas sus características particulares, requiere un tratamiento especial sobre el cual es indispensable elaborar nuevas propuestas metodológicas.

Marco político

En el marco político existen instancias internacionales de gran relevancia en favor de la necesidad de concentrar la atención de los niveles mundial, regional, nacional y local para crear las condiciones que permitan el desarrollo de programas de atención de la salud integral de los adolescentes.

La primera de ellas está plasmada en la Resolución WHA 42.41 de la Asamblea Mundial de la OMS en 1989, que se basa en las conclusiones y recomendaciones de las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes (1). Dicha Resolución insta a los Estados Miembros a:

1. conceder la debida prioridad a las necesidades de salud de los adolescentes y los jóvenes;

2. facilitar los recursos y servicios necesarios para evaluar críticamente la situación y las necesidades de salud, inclusive las políticas y programas de salud y de otros sectores;

3. establecer programas y servicios social y culturalmente aceptables para atender las necesidades de salud y desarrollo de todos los adolescentes y jóvenes;

4. identificar las necesidades de salud y desarrollo de los grupos de jóvenes especialmente vulnerables o desfavorecidos o que tienen necesidades especiales;

5. formar agentes de salud y de otros sectores para que comprendan que la salud de los jóvenes está basada en el desarrollo, sean sensibles a sus necesidades y perspectivas de salud y adquieran las aptitudes de comunicación necesarias para tratar con ellos;

6. colaborar estrechamente con las organizaciones no gubernamentales, en particular las juveniles, en la elaboración, ejecución y evaluación de programas para atender las necesidades de salud de los jóvenes y lograr su participación en las estrategias nacionales de salud para todos.

Asimismo, la Resolución pide al Director General que apoye a los Estados Miembros en la elaboración y aplicación de políticas y programas nacionales de carácter multisectorial que promuevan la salud de los jóvenes, en la definición de las necesidades de salud de estos, y en el fortalecimiento de las investigaciones y la formación de personal de los servicios destinados a satisfacer dichas necesidades.

Se incluyeron otras cinco recomendaciones complementarias relacionadas con el desarrollo y adaptación de tecnologías y criterios innovadores, el fortalecimiento de los programas de la Organización Mundial de la Salud y programas regionales que se ocupan de los adolescentes y de los jóvenes, la movilización de recursos, las actividades de cooperación técnica directa y la información sobre los progresos del programa mundial.

La segunda instancia, también de carácter mundial, es la relacionada con la Cumbre Mundial de la Infancia convocada por las Na-

ciones Unidas (2), a la que asistieron jefes de Estado de 86 países. Su Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, incluye entre sus recomendaciones las siguientes: el esfuerzo que debe hacerse para favorecer el crecimiento y desarrollo del niño hasta el final de la adolescencia; la protección de los niños (y adolescentes) en condiciones especialmente difíciles; la atención especial y nutrición de las niñas, las mujeres embarazadas y las madres lactantes; y el acceso de todas las parejas a información y medios para prevenir embarazos demasiado tempranos, poco espaciados, muy tardíos y demasiado numerosos.

La tercera instancia, ya de carácter regional, está representada por la Resolución XVIII de la XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1992), que insta a los Gobiernos Miembros a que (3):

1. desarrollen o fortalezcan las iniciativas nacionales para promover la salud integral del adolescente;

2. creen y estrechen los vínculos de colaboración entre las entidades responsables de la salud del adolescente, de tal manera que los programas utilicen los recursos eficientemente...

3. establezcan y fortalezcan los vínculos de colaboración con las organizaciones no gubernamentales..., con el propósito de formular y llevar a cabo proyectos conjuntos;

4. promuevan la participación activa de los adolescentes en la promoción de la salud en las comunidades, centros educativos, deportivos y lugares de trabajo;

5. establezcan y fortalezcan la colaboración para programas específicos entre los Ministerios de Salud, de Educación y del Trabajo.

Recomienda también al Director de la OSP, que continúe con los esfuerzos para encontrar y apoyar estrategias de movilización de recursos internacionales, nacionales y locales a fin de cumplir con el Plan de Acción sobre la Salud del Adolescente en las Américas, y que determine la fecha apropiada para evaluar su progreso y la comunique al Consejo Directivo.

Otras siete recomendaciones se relacionan con la difusión del Marco Teórico-Conceptual del Programa de Salud Integral del Adolescente en las Américas; la validación de instrumentos evaluativos y reajustes del programa; los instrumentos para adecuar los servicios de salud a las necesidades de los adolescentes; la colaboración para el desarrollo de recursos humanos; la activación de redes de programas e instituciones que trabajan con adolescentes; la promoción de investigaciones; y la disseminación de información sobre la salud del adolescente.

Para la instrumentación de las políticas, planes, programas y proyectos orientados a la salud integral de los adolescentes y de otros grupos, se hace hincapié en los SILOS, dentro de los cuales cabe en todos sus aspectos el concepto de administración estratégica. Con esta modalidad, la programación busca asociar los aspectos instrumentales de la práctica de la atención a las personas y al medio ambiente, conciliando lo estratégico con lo normativo. El desarrollo de los SILOS es integrador por excelencia (4).

Las bases de la estrategia del desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud están plasmadas en las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991-1994 (5), aprobadas en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), y en el libro *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica*, publicado por la OPS en 1992 (6).

Funciones de los sistemas de salud según el nivel

La transformación que se propone respecto a la organización de los sistemas nacionales, regionales y locales de salud repercute significativamente en las funciones administrativas de los niveles correspondientes y en las relaciones funcionales entre ellos. La descentralización como proceso en desarrollo determi-

naré la necesidad de cambios y la definición de responsabilidades para los distintos niveles.

Las características que se desean imprimir a la programación de la atención de la salud integral del adolescente pueden definir nuevas modalidades de los sistemas y la necesidad de expandir los escenarios de actuación de los sistemas de salud y otros sectores. Ejemplos de las características estratégicas son:

- la participación prácticamente obligatoria del adolescente como individuo y como grupo, de la familia, de los sectores educativos, laborales, de promoción social, deportivos, recreativos y culturales, de las organizaciones activas de la sociedad, en especial las de carácter juvenil y, finalmente, de los sistemas normativo (legislación) y político;
- la agregación de las disciplinas e instituciones, necesaria para el alcance de la integralidad, y
- la vigilancia de la calidad de los programas y sus resultados, y de los aspectos éticos.

Funciones del nivel central

Corresponden al Ministerio de Salud y a los entes autárquicos específicos de carácter nacional las funciones tradicionales de elaboración de políticas y normas, la coordinación de recursos del sector, la asignación de recursos financieros, la vigilancia epidemiológica de la salud integral de los adolescentes y jóvenes, y la convocatoria de otros sectores para la acción intersectorial. Los siguientes son ejemplos de sus funciones principales.

1. Formulación de directrices para la política nacional de salud integral de los adolescentes, incluidas la articulación con los proyectos de bienestar y desarrollo, las características y modalidades que regirán la estructura y la organización del modelo nacional de atención de salud del grupo.

2. Coordinación con organismos gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales.

3. Verificación del diagnóstico nacional de la situación demográfica, de la salud integral y

de los recursos existentes, institucionales y financieros.

4. Coordinación y participación en la elaboración del plan nacional de salud del grupo juvenil con sus metas, objetivos, prioridades y estrategias de intervención.

5. Definición de pautas nacionales para la formulación de planes y programas regionales y locales.

6. Elaboración de normas de calidad, acceso y coberturas de atención de salud integral de adolescentes y jóvenes.

7. Planificación y participación en la capacitación del personal de salud y otras profesiones y en la formación de pregrado y posgrado. Los cursos, seminarios y talleres de multiplicadores de docentes asistenciales, sensibilización, intersectorialidad y áreas específicas, y el manejo de metodologías participativas, son prerrequisitos para la iniciación de nuevos programas locales y regionales de salud integral de adolescentes y jóvenes. La experiencia de países como Brasil, Costa Rica y Chile puede resultar muy útil para los países que no tienen personal capacitado y motivado.

8. Asignación de los recursos de competencia nacional (especialmente financieros) y de fuentes internacionales y fondos de capital. La coordinación de los recursos movilizados de organismos gubernamentales y no gubernamentales es una importante función del nivel central.

Con la descentralización, es recomendable que el nivel central incremente su capacidad de formular proyectos de inversión para impulsar sus propias iniciativas y las de los otros dos niveles, así como la capacidad evaluativa en el área de análisis de costo-beneficio para programas alternativos.

9. Promoción y control del uso adecuado de los medios de comunicación masiva. Este aspecto es crucial para la promoción de la salud a través de estilos de vida y comportamientos deseables, y para la prevención de conductas de riesgo y de sus consecuencias.

10. Asesoramiento técnico a otros niveles y sectores dentro del país. Asimismo, el nivel central deberá coordinar actividades de coo-

peración técnica entre los países relativas a la salud integral del adolescente.

11. Elaboración de normas generales que incluyan las diversas etapas de la programación y que, adecuadas por los niveles locales, faciliten la tarea en ese nivel.

12. Desarrollo de sistemas de información basados en datos obtenidos a través de la atención directa de los adolescentes (sistema de informática del adolescente) que incluyan también datos que permitan evaluar factores de riesgo y tecnologías. Esta información o base de conocimientos deberá incluir los resultados de encuestas, estudios e investigaciones dentro y fuera del país. La participación de los adolescentes en el acopio y generación de información (investigaciones, encuestas, mensajes educativos) es altamente recomendada.

13. Promoción de una legislación que sea congruente con las necesidades y capacidad de cambio de los adolescentes y jóvenes, y que esté basada en la equidad y disminución de la desigualdad de oportunidades.

Funciones del nivel intermedio

Este nivel corresponde a una región, provincia, estado, departamento o municipio de tamaño significativo, y representa la instancia técnico-administrativa que comprende uno o más SILOS. Será quizá el que menos transformaciones sufra, a excepción de los cambios en amplitud y profundidad. Es un nivel eminentemente articulador del sistema de salud entre lo central y lo local, que además puede cumplir la tarea de evitar duplicaciones siendo al mismo tiempo ágil y flexible.

A pesar de las diferencias demográficas, socioeconómicas y geográficas, se podrán desempeñar funciones comunes en cada uno de los conjuntos poblacionales de este nivel. Entre ellas están las siguientes:

1. Participación en la formulación de las políticas nacionales de salud integral y apoyo a las políticas locales.

2. Análisis de la situación regional en términos demográficos, socioeconómicos y geo-

gráficos, del estado de salud y de las prioridades en riesgos, problemas y acciones.

3. Elaboración de directrices para la programación regional y local, y definición de los objetivos y metas en salud integral del adolescente.

4. Coordinación intersectorial efectiva. Esta función puede resultar más fácil en este nivel que en el nacional. Lo mismo ocurre con la promulgación de la legislación en términos de reforzar el cumplimiento de los derechos de la familia, la mujer, el niño y el adolescente, y la formulación de pautas normativas relacionadas con la prevención de accidentes, la deserción escolar, y el consumo de sustancias y alcohol. En este nivel intermedio se facilita la articulación entre salud, educación, capacitación laboral y seguridad de los ambientes de deportes y trabajo. La programación de la atención integral y la toma de decisiones en la esfera local pueden recibir el apoyo de este nivel intermedio.

5. Adecuación de las normas de programación, organización y entrega de servicios para satisfacer las necesidades de salud integral del adolescente y del joven.

6. Identificación de las necesidades de recursos humanos en términos cualitativos y cuantitativos, y programación y supervisión del adiestramiento y la utilización del recurso. La adaptación de los servicios a las necesidades de los adolescentes y de los jóvenes requerirá el uso de instancias de salud y la participación de otros sectores. La referencia entre sectores y niveles de complejidad puede ser normalizada en este nivel con efectividad.

7. Monitoreo de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la salud integral del adolescente y del joven, y retroinformación a las instituciones de las fuentes de información. Esta labor debe ir acompañada por la evaluación de los diversos resultados de las acciones y del progreso cualitativo y cuantitativo de los cambios observados.

8. Coordinación y promoción del intercambio de información entre los sistemas locales principales. El trabajo en red de estos sistemas y su colaboración en la disseminación de información, la capacitación de personal, la trans-

ferencia de tecnologías y el intercambio de resultados de encuestas y estudios también deben ser promovidos por el nivel regional. La identificación de proyectos y programas diferenciados de salud del adolescente, así como otros recursos institucionales gubernamentales o no gubernamentales, es una función importante de este nivel.

9. Asesoramiento técnico a los niveles locales, o su canalización y coordinación a partir del nivel central.

10. Gerencia de los procesos de coordinación, ejecución presupuestaria de la operación regional de servicios y gastos de inversión en ese nivel. En buena parte, la descentralización y desconcentración también dependen en su administración del nivel regional. A esos procesos que están en curso en varias regiones, se suma lo relacionado con otros sistemas aparte del de salud, especialmente el de educación. Esto añade complejidad a la gerencia de programas de salud integral, cuyo éxito depende mucho del grado de intersectorialidad.

Funciones del nivel local

Considerado como el escalón municipal o distrital, el nivel local corresponde a la instancia de mayor desagregación del sistema político-administrativo de un país. En él se encuentran las interfases institucionales e intersectoriales, las interfases entre las personas y grupos, aquellas entre los sistemas y los usuarios de los servicios. Es la instancia de operación de programas, de la participación en sus variadas formas y de las interacciones.

Para la adolescencia y juventud, el nivel ofrece los diversos microambientes, la intersectorialidad en acción y las mayores oportunidades de participación. En este escalón se produce el contacto directo entre individuos, familias, grupos y conjuntos sociales con los factores de riesgo y con los factores de protección, generándose así la comunicación y las oportunidades de las más variadas formas de educación y promoción de la salud. Los enfoques epidemiológico, ecológico, familiar, y comunitario tienen su aplicación en este nivel.

Asimismo, la cultura, los estilos de vida, comportamientos y actitudes tienen aquí su principal manifestación. También los efectos de esos factores a lo largo del ciclo vital y sus influencias intergeneracionales pueden ejercer su acción más evidente en este nivel.

Este escalón corresponde a la instancia de mayor desagregación del sistema técnico administrativo del país. Se ocupa de lo práctico, de hacer funcionar los procesos, estructuras e infraestructuras, de ejecutar, evaluar y reformular acciones, planes y programas, para satisfacer las necesidades de salud, prevenir y corregir los daños. Allí es donde se deben corregir las inconsistencias y las desigualdades, identificar los factores que las determinan, medirlos y controlarlos. Allí es donde las personas nacen, viven, se reproducen y mueren.

Quizá este nivel sea el que tenga que sufrir los cambios más importantes y asumir mayor número de funciones cuando se transformen los sistemas. Requerirá un tipo de gerencia que atienda la optimización de muchos componentes que maneja. El gerente no será quien responda obedientemente a los comandos de los niveles superiores; será un ejecutivo que decida, establezca, siga y adopte políticas, que promueva y movilice todos los recursos políticos e institucionales, que coordine y facilite los procesos de participación. Debido a que la mayoría de los sistemas locales carecen de una base de conocimientos, experiencias, actitudes, y tradiciones en promoción de la salud integral del adolescente y del joven, y desconocen el perfil epidemiológico de riesgos y daños, es necesario crear una unidad a cargo de alguien que haya recibido una formación adecuada y tenga preferentemente una experiencia vivencial al respecto. Esta unidad podrá estar asistida por una comisión intersectorial asesora que juntas deberán:

1. conocer el tamaño, la distribución, la situación ocupacional y otros aspectos demográficos de su población de adolescentes y de jóvenes e identificar los recursos y necesidades;

2. interpretar la información y utilizar los conocimientos complementarios de otros sistemas, pertinentes a la salud del grupo;

3. generar los procesos de comunicación y de concertación para el trabajo colaborativo entre agencias, instituciones y programas;

4. establecer los flujos de interacción con la comunidad, las familias y sus recursos para la asistencia sanitaria de los adolescentes y de los jóvenes;

5. conocer las políticas nacionales y provinciales, y adaptarlas;

6. conocer la legislación y las normas de comportamiento.

Las principales funciones de este nivel son:

1. Organizar, supervisar y evaluar las acciones de salud de su competencia directa y de otros sistemas encargados de promover la salud integral de los adolescentes.

2. Fomentar la participación de las organizaciones, gubernamentales o no, que tengan o puedan tener interés en la salud integral de los adolescentes y de los jóvenes del área del sistema.

3. Coordinar o participar en la coordinación, preferentemente con carácter de liderazgo de los planes, programas y proyectos.

4. Promover y procurar activamente la articulación y trabajo coordinado con los SILOS del nivel intermedio, especialmente los adyacentes, para el control epidemiológico y la promoción de la salud.

5. Movilizar recursos nacionales, regionales, públicos y privados para reforzar programas intersectoriales e institucionales de los diferentes niveles e impulsar una legislación que proteja a todos los adolescentes y los jóvenes, y a los discapacitados en particular.

6. Adecuar las normas técnicas y las estrategias a las condiciones de la Región y a la salud de la gente joven.

7. Promover en los adolescentes y jóvenes de las comunidades conocimientos sobre salud, así como actitudes y prácticas saludables a través de acciones en las cuales ellos y sus líderes estén comprometidos. La preparación

de monitores y líderes juveniles debe ser una preocupación constante.

8. Garantizar, en lo posible, el uso de los medios locales de comunicación, y la producción y aplicación de material educativo y metodologías participativas.

9. Identificar las necesidades de capacitación para servicios diferenciados y no diferenciados de la atención de la salud integral del adolescente, y favorecer su formación.

10. Facilitar la articulación docente asistencial con universidades, colegios y escuelas para realizar acciones conjuntas de educación, formación y servicios.

11. Movilizar la comunidad, sus organizaciones y los sectores públicos para atender las necesidades de estudio, trabajo, recreación, orientación laboral y servicios de salud integral de la población joven marginada.

12. Implantar la aplicación general de técnicas de diagnóstico e identificación de riesgos, y de informática del adolescente y construir sobre estas aplicaciones las bases para la programación, educación y vigilancia epidemiológica.

13. Realizar investigaciones sobre servicios de salud multisectoriales y promover su desarrollo.

14. Coordinar la acción intersectorial para controlar los factores prioritarios de riesgo y de daños.

Características deseables de los programas de salud integral del adolescente

La programación de actividades para la atención de la salud del adolescente debe responder a las características de esta etapa del crecimiento y desarrollo, a la naturaleza de sus problemas, así como a la experiencia recogida en los últimos años de programas y proyectos exitosos de América Latina.

Las actividades deben responder a un enfoque de salud integral, es decir, orientado a toda la problemática juvenil y centrado en la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los jóvenes para poder actuar preferentemente en

forma anticipada, antes de que los problemas se produzcan. Para que los programas se anticipen a las necesidades deberán aplicar el enfoque de riesgo, lo que permitirá orientar los recursos a los grupos más vulnerables ya sea por factores biológicos o psicosociales. A fin de lograr esta deseada integración y dadas las características de los problemas psicológicos, sociales, educacionales, económicos, políticos y legales del adolescente, será necesario aplicar un enfoque interdisciplinario conformando equipos con diversas profesiones para la conducción y la operación de los programas.

En la esfera del sistema de servicios de salud, es esencial que el programa contemple el desarrollo de un sistema jerarquizado que asegure el acceso a los niveles de complejidad de los servicios en que pueda obtenerse la adecuada resolución de los problemas.

Otra característica importante de los programas se refiere a la necesidad de asegurar una activa participación social en todo su proceso de gestión, lo que significa que los grupos de jóvenes, las familias, y las instituciones deben intervenir en la identificación de los problemas y en el diseño y puesta en práctica de las propuestas de solución. Este tipo de participación y cogestión debería darse como respuesta al interés que tienen y al compromiso que asumen los adolescentes y jóvenes individual o grupalmente, las familias, las instituciones o los sectores sociales (escuelas, colegios, clubes, etc.) en el desarrollo de los programas.

Como estrategia para lograr espacios adecuados de participación en la conducción de los programas, se ha propuesto con éxito la creación de comisiones interdisciplinarias e intersectoriales, encargadas de articular intereses políticos, técnicos y administrativos. En los SILOS, este tipo de participación y cogestión, habitualmente se alcanza después de un trabajo inicial de detección de grupos sociales e instituciones y de promoción, que deben realizar los niveles de conducción para ir generando espacios adecuados de participación.

En los programas de salud integral del adolescente también es preciso hacer hincapié en el trabajo con dos conjuntos sociales primor-

diales: la familia y la escuela. La promoción de la salud es la modalidad rectora para atacar los problemas de salud, en especial en el ámbito local, y es justamente en el seno de la familia y en la escuela donde más exitosamente se pueden estimular las actividades de promoción de la salud.

Enfoque estratégico aplicado a la salud integral del adolescente

“La programación estratégica en los SILOS es entendida como una forma de relacionar los problemas y necesidades en salud de los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados, con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios, de tal manera que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, asignar recursos y conducir el proceso hasta la resolución y control del problema” (6).

La propuesta de la programación estratégica local resulta un instrumento adecuado para la elaboración de planes y programas de salud integral del adolescente. El enfoque estratégico propone un cambio importante con respecto a la programación tradicional, al reconocer la complejidad e indeterminación de los procesos sociales y aceptar que ellos no son meramente reactivos sino que tienen una dinámica propia, no fácilmente predecible por el solo estudio de las tendencias de los comportamientos sociales. El mundo adolescente actual está originando procesos sociales acelerados e inciertos que pueden leerse de diversas formas según los actores que intervienen y sus interrelaciones sociales.

La programación estratégica reconoce que la realidad social global se fracciona en realidades parciales con arreglo a los actores, conjuntos y espacios involucrados. En el caso de los jóvenes, cada uno de ellos crece y se desarrolla en un lugar y un tiempo en el que han sucedido y están sucediendo hechos en los que se encuentran inmersos y que los condicionan. La vida de los jóvenes se desenvuelve en espacios o microambientes concretos, tales como la familia, la escuela, las instituciones de

recreación, la calle, y otros en los que interactúan numerosos actores. Esta intrincada trama de actores e intereses reclama la aproximación estratégica y, en particular, coloca en primer plano la necesidad de concertación, acuerdo, negociación, cooperación y consenso.

En el enfoque estratégico la descentralización y participación social son aspectos fundamentales; con ello se pretende cambiar los errores del pasado cuando los sistemas se organizaban con base en una estructura vertical cuyos niveles centrales eran los responsables de definir normas y procedimientos mientras que los niveles locales se limitaban a suministrar la información para la toma de decisiones y aplicar las normas. En el caso de los programas destinados a los grupos juveniles solo se logra eficacia a través de una participación plena de los propios jóvenes, las familias, las comunidades y sus instituciones.

Proceso de programación local

Consideraciones generales

La programación para la atención integral del adolescente supone la realización de numerosas actividades, que si bien no siguen una secuencia lineal, tienen algunas relaciones de precedencia. En la práctica, determinadas actividades pueden realizarse simultáneamente, con cierto predominio temporal de alguna de ellas, de manera que no debe pensarse que constituyen conjuntos cerrados que se completan como etapas y sobre las cuales solo se vuelve en un siguiente ciclo de programación.

Dadas las características señaladas en el enfoque estratégico, cada una de las instancias del proceso se han dado en llamar momentos, en contraposición con las etapas de la clásica planificación normativa. El término alude a una instancia, ocasión, circunstancia o coyuntura por la que atraviesa un proceso continuo o en cadena, que no tiene comienzo ni término definidos.

Tomando los aspectos conceptuales de la programación estratégica, este proceso debe ser visto como permanente, es decir no como

un ejercicio periódico en que se define lo que debe hacerse sino como un ejercicio continuo de ajuste, resultado de la confrontación de lo propuesto con la realidad, siempre cambiante e impredecible. Para ayudar al desarrollo de este proceso local conviene elaborar guías de programación, función que compete a los niveles centrales e intermedios del sector salud. Estas guías, más que prescripciones rígidas deben ser lineamientos generales obligatoriamente simples, que apoyen de modo adecuado el desarrollo de la capacidad de los que participan en el ejercicio de la programación. La necesaria intervención de numerosos actores anteriormente mencionada, hace que en el caso de los programas de atención del adolescente y del joven, muchos de los participantes no tengan experiencia en este tipo de actividades.

Las guías deben ser instrumentos flexibles, capaces de adaptarse a la realidad de cada contexto y de generar ideas y propuestas para la realidad concreta de su ámbito de responsabilidad, sin perder de vista las políticas y estrategias nacionales y regionales.

Los momentos de la programación

Identificación de los problemas de salud. Esta tarea deben llevarla a cabo los diferentes actores o conjuntos sociales que participan en el proceso a partir de los intereses y conocimientos de cada uno de ellos. En general, los elementos que habrán que tomarse en cuenta en el diagnóstico de situación se refieren a la definición de la población, la descripción de los problemas de salud, la identificación de los recursos disponibles y la determinación de condiciones del medio, sin que esta enumeración suponga un orden de precedencia.

La descripción de la población que debe ser atendida se realizará a partir de elementos demográficos, socioeconómicos y geográficos. Cuando se trata de la programación de la salud de los adolescentes y de los jóvenes en el nivel de un SILOS, ya se ha definido el ámbito geográfico-poblacional en cuyo terri-

torio la red de servicios (salud y otros sectores complementarios) asume responsabilidades concretas de atención integral. Cuando en el ámbito local se programa un servicio (hospital, centro de salud), surge la necesidad de definir nuevas divisiones poblacionales más pequeñas asignando poblaciones a cada servicio o establecimiento. Para esta subdivisión no hay reglas ni parámetros fijos, pues depende de las características y distribución de la población, y de la cantidad y tipo de recursos y sus posibilidades de utilización.

Delimitada la población que se debe atender, es preciso analizar las siguientes características:

- Distribución por grupos de edad y sexo. Una adecuada agrupación por edad podría incluir conjuntos de 10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24 años.
- Características de la población incorporada al mercado laboral y análisis de los posibles riesgos ocupacionales.
- Características de la población incorporada al sistema educativo y análisis de los eventuales riesgos de deserción y bajo rendimiento.
- Características de la población joven no incorporada a los sectores o sistemas anteriores.
- Tipificación de las familias según la situación socioeconómica (necesidades básicas insatisfechas, niveles de pobreza), los hábitos que puedan influir sobre la salud de sus miembros, la estructura y dinámica familiar y las patologías o comportamientos diferenciados que puedan afectar al grupo familiar.
- Características de las viviendas, disponibilidad de agua potable, eliminación de excretas y de basuras, y otros aspectos relacionados con la salud.

Para la descripción de la población existen dos herramientas muy útiles, simples y prácticas:

- El croquis (mapa, plano) para saber dónde viven los jóvenes, cuáles son los conglomerados urbanos, los suburbios, las áreas

de trabajo, la escuelas, las instituciones deportivas, las áreas de recreación y las viviendas.

- El censo de población, viviendas y familias, que puede realizarse cuando el volumen de población y el área geográfica lo permitan registrando los datos pertinentes para el diagnóstico y las intervenciones seleccionadas.

Para la descripción de los problemas de salud, los principales métodos son el análisis de indicadores, las encuestas y la búsqueda de consenso. No cabe duda de que su combinación resulta más adecuada que la aplicación de un método aislado. Los principios, métodos y técnicas epidemiológicas permiten analizar los principales indicadores para identificar la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo.

En el caso de los adolescentes y jóvenes, las tasas de mortalidad son menores que en otros grupos de edad, ya que la mayor parte de los problemas de salud no son causas de muerte. Sin embargo, el análisis de la estructura de causas puede revelar problemas significativos y controlables mediante la aplicación de medidas adecuadas de intervención.

Con respecto a la morbilidad, la información suele ser incompleta, referirse solo al sector público y ser especialmente dependiente de la formación profesional. La mayor parte de la demanda de los adolescentes y de los jóvenes corresponde a trastornos del área psicoemocional, pero si los servicios no cuentan con personal especialmente adiestrado, estas necesidades no se detectan ni se registran.

Otro aporte importante del campo epidemiológico es la detección de factores de riesgo relacionados con los elementos de cada una de las cuatro dimensiones del campo de la salud: la biología, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de la atención médica. Así por ejemplo, los datos relativos al hábito de fumar, las características de la dieta y las modalidades de trabajo, educación y recreación, pueden ser excelentes indicadores. La búsqueda y el análisis de los factores de riesgo revela que muchos son comunes a diferentes problemas, lo que permite luego diseñar programas más integrales e intersectoriales que los que atienden un solo problema. Asimismo,

mediante la identificación de los factores de riesgo se pueden señalar problemas y eventuales soluciones que no pertenecen al sector salud pero que indican las posibilidades de cooperación con otras organizaciones de la comunidad.

Las metodologías de encuesta y búsqueda de consenso son especialmente importantes para el diagnóstico de las necesidades del adolescente y del joven porque permiten incluir informaciones cualitativas que los sistemas regulares no registran. En este punto, la información respecto a la utilización de los servicios, los tipos de cobertura, las expectativas, percepciones y grado de satisfacción con la respuesta del sistema, los intereses y las actitudes de los adultos, son buenos ejemplos de la necesidad de usar estos métodos. El enfoque orientado a la búsqueda de consenso incluye los foros, grupos focales, informantes claves, técnica de delphi e impresiones de la comunidad. Todas estas metodologías son especialmente útiles por ser de menor costo y esfuerzo que las encuestas.

El estudio del medio político, social, económico y físico en que se ejecutan los programas debe ser realizado cuidadosamente haciendo hincapié en la determinación de la distribución del poder en los diferentes ámbitos, por cuanto esta situación condiciona el desarrollo de los programas para jóvenes, programas que, por definición, deben ser intersectoriales, interinstitucionales e interdisciplinarios. La forma de abordar este punto diferencia grandemente el enfoque estratégico del enfoque tradicional de la programación.

Es preciso estudiar el comportamiento de los diferentes actores, no solo en el presente sino también prever el futuro en el corto, mediano y largo plazo. Para ello, es fundamental construir diversos escenarios, realizando las estimaciones más razonables con el conocimiento disponible. Así deberán elaborarse los escenarios político, administrativo y socioepidemiológico, teniendo en cuenta que cada uno de ellos tiene tiempos y dinámica propios a pesar de que se influyen mutuamente.

La mayoría de los diagnósticos tradicionales se preocuparon por el análisis del pasado y la

vigencia de los problemas en el futuro inmediato; el enfoque estratégico, en cambio, pone el acento en la construcción de probables situaciones o escenarios que puedan presentarse en un tiempo determinado (cinco, diez años o bien un período de gobierno). Para ello, es preciso construir más de un escenario y tomar los restantes como alternativas por considerar cuando se realicen las evaluaciones.

El análisis de la realidad debe ser una tarea permanente, de manera que mediante un proceso flexible se vaya adaptando a una realidad cambiante donde con frecuencia se suceden hechos no previstos. Además, es fundamental tener en cuenta que los escenarios locales pueden diferenciarse sustancialmente de los nacionales, de manera que no es posible asimilarlos. Los escenarios locales deben ser definidos por los actores locales, que son los más indicados para hacerlo, de allí la importancia de los procesos participativos en todas las etapas de la programación.

Validación de los problemas y primera lista de prioridades. En el caso de la programación para la atención integral del adolescente, esta importante etapa no está exenta de obstáculos derivados de una serie de factores que la condicionan. Cabe destacar que en este punto no deben considerarse únicamente las enfermedades sino también las dificultades de acceso, organización y eficiencia de los servicios de salud, educación y recreación, así como las características de los ambientes familiares, laborales y del medio natural, y todos los aspectos del sistema social relacionados con los estilos de vida de los adolescentes.

La identificación de los problemas y la asignación de prioridades supone un proceso participativo en que los diferentes actores del programa deliberan y negocian con base en sus propias apreciaciones e intereses. Un proceso de estas características requiere la utilización de algunos métodos y técnicas disponibles, que permitan ir evaluando, de acuerdo con la frecuencia, la gravedad y tendencia de los problemas, las características de los grupos más afectados, la posibilidad de influir sobre

ellos y la disponibilidad de recursos para la intervención.

Selección de tecnologías. A diferencia de otros programas en que las técnicas que se utilizan están incorporadas a los equipos y aparatos, las actividades para desarrollar en los programas de salud integral del adolescente están en su mayor parte centradas en el personal de salud (mano de obra intensiva), y en su capacidad para trabajar en equipos interdisciplinarios y con métodos que estimulen la participación de los jóvenes, de sus padres y de sus maestros. Esto debe tenerse en cuenta al hacer la programación, pues el personal suele constituir una de las mayores limitaciones para las innovaciones a corto plazo, debido al tiempo que requiere modificar capacidades y actitudes.

Las técnicas deben seleccionarse teniendo en cuenta su viabilidad, factibilidad, eficacia, accesibilidad y costos. La viabilidad se relaciona con los intereses que puedan verse afectados al introducir nuevas tecnologías que, en el caso de los programas para adolescentes, constituyen la mayor parte de las veces nuevas modalidades operativas de los servicios. En muchos casos la viabilidad debe ser construida a través de los niveles de conducción, mediante información y capacitación adecuadas.

La factibilidad se asocia con la disponibilidad de recursos para operar los servicios. Aquí se incluye todo tipo de recursos, infraestructura, equipamiento y personal, pero es este último el recurso más importante en los programas de salud integral del adolescente.

La eficacia de la tecnología se refiere a la capacidad para resolver los problemas. Si bien pareciera obvio que esta condición debe ser considerada en todos los casos, la experiencia muestra que muchas veces se introducen técnicas no evaluadas suficientemente, por circunstancias coyunturales, modas o tradición.

La aceptabilidad se relaciona con la cultura de la comunidad y del personal de los servicios que hace que una tecnología pueda o no introducirse. Las innovaciones pueden afectar los intereses de algunos prestadores, sobre todo por el escaso dominio de las técnicas de

atención participativas e interdisciplinarias necesarias para la atención de este grupo.

Los costos deben ser analizados para las técnicas cuya introducción y operación inciden grandemente en los costos totales, y en especial para las que suponen una innovación. En los programas para la atención de la salud integral del adolescente, la introducción de nuevos profesionales para integrar equipos interdisciplinarios deben ser evaluadas en término de costos, no solo financieros sino también sociales y de oportunidad, ya que la mayor parte de los presupuestos se destinan al pago de personal.

Definición de programas y subprogramas y asignación de los recursos. Este momento de la programación corresponde a la adjudicación de responsabilidades por la solución de los problemas y a la adjudicación de los grupos de población a las diversas instituciones, según la disponibilidad de recursos. En todos los casos, esta definición de programas y subprogramas debe resultar de un adecuado proceso de deliberación y negociación entre los diferentes actores institucionales buscando un mejor uso del conjunto de recursos sociales.

La adjudicación de recursos del sector y extrasectoriales debe hacerse a través de paquetes programáticos destinados a la solución de los problemas de grupos de población seleccionados por su grado de necesidad o riesgo. Al programar las responsabilidades de las diversas instituciones puede ocurrir que algunas de ellas sean compartidas en relación con un mismo grupo de población, ya que el eje rector de la negociación debe ser la capacidad de resolución de los recursos y no su dependencia.

En la mayor parte de los casos, la negociación entre instituciones de diferente dependencia requiere no solamente criterios técnicos sino también habilidad política para resolver los conflictos de intereses.

Ejecución a través de los servicios. Al definir con las diversas instituciones los programas de actividades, es preciso determinar

cuáles serán las estrategias y formas de operación de los servicios. En el caso de los programas de atención al adolescente, cuyo ámbito de desarrollo de actividades no es solo la red de servicios de salud sino también los servicios de otros sectores, tales como escuelas, entidades deportivas, centros comunitarios, áreas de trabajo, etc., esta tarea se complica y requiere una clara definición de cada una de las responsabilidades asumidas.

La programación de actividades en los ámbitos extrasectoriales incluye la mayor parte de las actividades de promoción de la salud, de tanta importancia en los programas; por ello, es aconsejable que cada una de las instituciones que intervienen realice su propia programación de actividades en el marco de la dirección y los objetivos generales acordados por el conjunto de los actores sociales participantes. Es conveniente que los compromisos contraídos por las diferentes instituciones se acompañen de acuerdos explícitos aunque flexibles, de manera que puedan ser revisados periódicamente y adaptados a los cambiantes escenarios.

En el caso de los servicios de salud debe analizarse la organización de la red de servicios que incluye la definición de los niveles de atención y la programación de dicha red. La definición de los niveles de atención debe abordarse como planos tecnológicos de resolución de problemas. Cuando se trata de la atención de adolescentes, la complejidad de los servicios, como ya se dijo, está fuertemente condicionada por el grado de capacitación del personal, la posibilidad de constituir equipos interdisciplinarios que permitan un abordaje integral de los problemas y la posibilidad de brindarles una atención diferenciada en tiempo y lugar. La mayor parte de la atención de los adolescentes en los servicios de salud del primer nivel asistencial se hace en forma no diferenciada, incluyéndolos en la atención general del adulto o de la clínica pediátrica. En estos casos, la eficacia de la atención depende del grado de capacitación del personal en actividades de promoción, así como de la detección y tratamiento de los problemas de los adolescentes.

En este primer nivel de las áreas urbanas comienzan a aparecer servicios diferenciados de atención a cargo de equipos multidisciplinarios, en los cuales, además de los problemas de salud por los que se consulta, se llevan a cabo actividades de promoción y prevención de la salud y se coordinan o realizan acciones conjuntas con otras instituciones sectoriales o extrasectoriales, estimulando la participación de los jóvenes en todas las actividades del consultorio.

En el segundo y tercer nivel, la atención es siempre diferenciada y a cargo de equipos multidisciplinarios, y sirve de referencia para los problemas que no pueden resolverse en el primer nivel de atención o que requieren internación.

En la programación de los SILOS deberá explicarse el ordenamiento de los recursos de atención al grupo según la prioridad de las necesidades y demandas. Esto supone no solo programar los servicios sino también organizar un sistema de referencia que asegure el acceso universal y oportuno al nivel de atención que corresponda para el problema que se intenta resolver. Cuando se planifica la red de servicios de un SILOS es preciso que cada una de las unidades que integran la red programe sus actividades para la población de su área de responsabilidad, sobre la base de los problemas detectados y de las soluciones que se proponen llevar a cabo. A esta programación, que puede llamarse básica, se deben agregar las actividades que habrán de realizarse como producto de los compromisos adquiridos con otros componentes o niveles del sistema que integran la red de servicios. La consolidación de los programas de servicios de un SILOS será responsabilidad de los niveles de conducción de dicho SILOS.

La programación del financiamiento. La preparación del presupuesto para las actividades que se desarrollan en el grupo adolescente debe ser programada siguiendo las normas de los SILOS. No obstante, conviene señalar, dada la deseada coordinación interinstitucional, que deben tenerse en cuenta no solo los recursos del sector público sino tam-

bién los de las instituciones intervinientes. Respetando las peculiaridades de operación y los diferentes intereses, es conveniente que se integren recursos para la realización de actividades para las cuales se adquirieron compromisos comunes. Por ejemplo, actividades como la capacitación de personal, la formulación de normas, las reuniones con adolescentes, la elaboración de materiales educativos, etc., pueden compartir el financiamiento, aliviando los presupuestos institucionales, y como subproducto favorecer la coordinación y la eficiencia social.

Puesto que el personal de salud capacitado es el recurso más destacado para este tipo de programas y, a su vez, el que más pesa en los presupuestos, debe programarse cuidadosamente su incorporación y la capacitación en servicio.

Ejecución del programa. La programación en los SILOS es un proceso permanente que "precede y preside" la acción. No debe ser confundido con los requerimientos burocráticos de presentar un programa y un presupuesto habitualmente anuales, obligación que, por lo general, los conductores de programas no pueden soslayar. En el enfoque estratégico la programación debe ser un proceso flexible, adaptado a la realidad de cada circunstancia, donde confluyan la reflexión, la evaluación y las correcciones necesarias para lograr los objetivos propuestos.

En resumen, la realidad es la que va señalando el camino, ya que el programa es solo una indicación de la dirección deseada y no puede convertirse en un fin en sí mismo. Esta flexibilidad permite que permanentemente puedan cambiarse las estrategias y las actividades, así como hacer nuevas alianzas entre instituciones o grupos sociales.

Evaluación. La evaluación de los programas de salud integral del adolescente se centra en valorar o apreciar en qué medida se atienden las necesidades y se controlan los problemas detectados durante la programación, así como la calidad de los bienes y servicios que se prestan. Las formas que puede adoptar este

proceso son muy diversas, pero, simplificando, puede considerarse que consiste en detenerse frente a la acción y pensar sistemáticamente sobre el quehacer que nos preocupa para identificar, explicar y comprender las disconformidades, deficiencias, desvíos, restricciones, así como las bondades, potencialidades, oportunidades y fortalezas y, en consecuencia, proponer las correcciones, modificaciones, ratificaciones, reforzamientos o innovaciones para mejorar la acción futura.

Existe una estrecha relación entre el proceso de programación y el de evaluación, ya que esta última consiste en una mirada retrospectiva hacia las distintas etapas del proceso de planificación (Pineault y Daveluy). Si no se sabe dónde se dirigen las acciones y qué tipo de acciones se pretende realizar, resulta imposible evaluar, ya que se carece del parámetro comparativo. La sola intención de evaluar supone la existencia previa de un proceso planificado más o menos explícito, y el mismo hecho de evaluar implica una mayor precisión en la formulación del plan o programa, tanto respecto del pasado como del futuro.

En la metodología de planificación se plantean objetivos en términos de resultados, procesos y estructura, en el entendimiento de que los resultados se obtienen si se desarrollan los procesos programados, los cuales a su vez se podrán realizar en la medida en que se disponga de los recursos y estructuras necesarias. La evaluación debe retomar estos componentes y considerar estructuras, procesos y resultados, en una secuencia inversa a la planificación. En tal sentido, los estudios sobre suficiencia de recursos, idoneidad de las actividades, evaluación económica y de la producción, efectividad, eficacia, eficiencia, participación social, impactos y consecuencias, son formulaciones que se corresponden y engloban en la consideración de estructuras, procesos y resultados.

En esta línea de pensamiento proponemos organizar la evaluación de los programas de salud integral del adolescente midiendo los cambios producidos en tres dimensiones (7): a) en la práctica social; b) en la práctica institucional y c) en la práctica de los trabajadores

de salud. En este contexto se entiende como práctica la aplicación de un conocimiento para la transformación de la realidad. En cada una de estas dimensiones se seleccionarán variables que evalúen aspectos de estructura, proceso y resultado.

Para evaluar los cambios en la práctica social se medirán variables referidas a algunos aspectos de equidad: cobertura y acceso, eficacia real o efectividad y eficiencia social. La cobertura y el acceso son dos conceptos estrechamente relacionados: mientras la cobertura hace referencia a la oferta de servicios potencialmente utilizados por la población, el acceso expresa la probabilidad de utilización de los servicios por parte de la población. La efectividad social del sistema se expresa a través de los cambios en la salud de los jóvenes, particularmente en lo que hace a la variación de la cantidad y distribución de las enfermedades y defunciones —haciendo hincapié en las evitables— y a la contribución del programa para el mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes y los jóvenes, objetivado en el grado de satisfacción de todos los actores.

La eficiencia social constituye un concepto conector entre los resultados y los costos económicos. Su medición puede partir de los costos de producción y de la cantidad de bienes y servicios producidos en relación con la eficiencia. También puede relacionar recursos —en términos monetarios— asignados a la obtención de un resultado en términos de muertes evitadas o morbilidad disminuida, refiriéndose entonces la eficacia en relación con el costo.

Con objeto de evaluar los cambios en la práctica institucional se seleccionarán variables tales como las aptitudes para la conducción y capacidad de gerencia, para el ordenamiento organizacional y diseño global del sistema, para el trabajo descentralizado y coordinado en redes, para el manejo eficiente de los recursos, y para el desarrollo de procesos de participación y comunicación apropiados.

Al evaluar los cambios en la práctica de los trabajadores de la salud se estudiarán algunas de las siguientes variables: grado de adecuación de los servicios sectoriales y extrasecto-

riales para la atención de las necesidades y demandas, nivel de resolución a través de la atención de la demanda espontánea, focalización de las acciones en los grupos de más riesgo y estrategias de promoción para preservar la salud del conjunto poblacional juvenil, multiprofesionalidad y trabajo en equipo, humanización de la atención, y aspectos éticos de la atención de salud y del ejercicio profesional.

Para cada una de las variables seleccionadas será preciso construir indicadores con adecuada identificación de las fuentes de información. Ni las variables seleccionadas ni los indicadores son similares en todos los casos, ya que si bien todos los programas de atención de la salud integral del adolescente tienen en muchos casos características comunes, cada uno de ellos posee a su vez particularidades derivadas de la naturaleza de los problemas, el contexto y los recursos disponibles para su solución. Para cada una de las variables seleccionadas y los indicadores propuestos deben precisarse las técnicas e instrumentos a utilizar para recoger la información.

Las técnicas que se pueden utilizar son variadas y numerosas, y entre ellas deben seleccionarse las más factibles y las que más resguarden la confiabilidad de la información. Pueden citarse las siguientes:

1. *Análisis de la información secundaria cuantitativa.* Esta es la más frecuentemente utilizada y requiere la recolección y selección de los datos estadísticos presupuestarios disponibles y el diseño de las matrices de análisis correspondientes.

2. *Análisis de la información secundaria cualitativa.* Esta técnica se refiere a la recolección de información de documentos (normas, programas, proyectos, discursos, declaraciones, recortes periodísticos, folletos) en los que deberá hacerse un análisis de contenido.

3. *Encuestas a la población general, a los usuarios de los servicios o a ambos.* Permite conocer, con rigor metodológico, aspectos tales como las percepciones, la utilización de servicios, los gastos, las opiniones y satisfacción de los jóvenes respecto de la oferta de servicios, etc. Su principal inconveniente es el

costo, en términos monetarios, de recursos humanos y de tiempo.

4. *Cuestionario aplicado en talleres.* Esta técnica se recomienda para obtener información acerca de las percepciones, opiniones, experiencias o conocimientos de los diversos actores. Consiste en la aplicación en forma grupal de un cuestionario, preferentemente de preguntas cerradas, a un grupo de personas seleccionadas. Sus ventajas con respecto a las encuestas es el ahorro de tiempo y recursos.

5. *Entrevistas a informantes claves.* Pueden ser útiles en lugar de las encuestas y el cuestionario aplicado en talleres cuando las personas que pueden brindar esta información son pocas y desempeñan funciones puntuales y específicas. Para asegurar los aspectos de confiabilidad y comparabilidad es conveniente cierta estructuración de las entrevistas (para las cuales pueden hacerse guías) y la capacitación de los encuestadores.

6. *Talleres de confrontación.* Esta técnica implica la organización de los participantes en grupos homogéneos internamente pero diferenciados entre sí por algún atributo, como puede ser la pertenencia a diferentes organizaciones, sectores, subsectores o distintos niveles del sistema. Con la mecánica del cuestionario aplicado en talleres, es posible evaluar las diferentes percepciones u opiniones respecto a variables como la descentralización y la participación. La confrontación de los diferentes juicios facilita la comprensión del grado de avance en estos procesos y de los problemas y las conductas originados en diferentes percepciones e interpretaciones de la misma realidad.

7. *Taller de análisis de relaciones interinstitucionales.* Esta técnica consiste en evaluar en forma colectiva las modalidades de articulación de las organizaciones sectoriales y extrasectoriales, calificando la naturaleza, grado de formalización, modalidad de coordinación y otros atributos estructurales, procesales y actitudinales de estas relaciones. La metodología de trabajo es la discusión grupal. Los juicios evaluativos se registrarán en una matriz preelaborada que permita identificar las activida-

des, programas o proyectos en que se dan las articulaciones, y la índole de estas.

El uso de las siete técnicas enumeradas tiene la ventaja de producir información no solo cuantitativa sino también cualitativa, que es tan fundamental para la evaluación de las características de los programas destinados a los adolescentes y a los jóvenes, tales como la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo, la intersectorialidad, la participación y el grado de satisfacción de los jóvenes, aspectos habitualmente mal evaluados.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA42.41. En: OMS. Vol. III: *Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo*. Ginebra: OMS; 1990:39-40.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. *Declaración sobre la supervivencia, protección y el desarrollo del niño*. Documento presentado a la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Washington, DC, diciembre de 1990.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. Resolución XVIII del XXXVI Consejo Directivo de la OPS. En: *Informes finales: 108ª y 109ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS; XXXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS; XLIV Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, DC: OPS; 1992:59-61. (Documento Oficial 253).
- (4) Organización Panamericana de la Salud. Sistemas locales de salud (SILOS). *Bol Oficina Sanit Panam*. 1990;109(5-6).
- (5) Organización Panamericana de la Salud. Declaración sobre la supervivencia, protección y el desarrollo del niño. Washington, DC: OPS; septiembre de 1990. (Documento CSP23/14).
- (6) Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica*. Washington, DC: OPS; 1992. (Publicación HSD/SILOS-2).
- (7) Moreno E, Niremberg O, Perrone N. *Desarrollo de un modelo evaluativo para sistemas locales de salud*. Primera fase, informe final. Buenos Aires/Canadá: CEADEL/IDRC; junio de 1992.